

Сб. научных трудов SWORLD. Материалы международной научно-практической конференции «Современные проблемы и пути их решения в науке, транспорте, производстве и образовании 2012». – Вып.4. – Том 17. – Одесса: Куприенко, 2012. – С. 87-92.

Стаття/Педагогіка, психологія і соціологія – Корекційна та соціальна педагогіка

УДК 376.3:616.89

Манько Н.В.

**РОЛЬ КЛІНІЧНИХ ФАКТОРІВ У ВИНИКНЕННІ ВІДХИЛЕНЬ У
ДОМОВЛЕННЄВОМУ ТА РАННЬОМУ МОВЛЕННЄВОМУ РОЗВИТКУ
ДІТЕЙ**

Херсонський державний університет

У даній статті розглядається проблема впливу патогенних факторів на виникнення порушень у формуванні мовленнєвої функції дітей на ранніх етапах життя. Автор визначає клінічні причини, які здійснюють опосередкований та безпосередній вплив на виникнення логопатології у ранньому віці.

Ключові слова: клінічні фактори, патогенні фактори, відхилення у мовленнєвому розвитку, діти раннього віку, домовленнєвий розвиток, ранній мовленнєвий розвиток.

Сучасний етап розвитку корекційної педагогіки і спеціальної психології характеризується посиленням уваги до поглибленого вивчення дітей з вадами розвитку, а також наданню їм ранньої комплексної (медико-психолого-педагогічної) допомоги. Труднощі диференційної діагностики відхилень у розвитку дітей раннього віку, особливо малюків віком до двох років життя, зумовлені неспецифічністю проявів порушень центральної нервової системи, а також тим, що дитина не здатна диференційовано виразити власні відчуття. Тому ті відомості, які отримує логопед від батьків малюка, із медичної документації про перебіг вагітності, пологів та попередній розвиток дитини, мають надзвичайно важливе значення для з'ясування характеру порушення мовленнєвого розвитку.

Наше дослідження спрямовано на вивчення клінічних факторів, які впливають на домовленнєвий та ранній мовленнєвий розвиток дітей перших років життя.

Для реалізації зазначеної мети дослідження нами було проведено експериментальне вивчення анамнестичних даних 119 дітей віком від одного року до трьох років життя, які відвідували профілактичні огляди педіатра та невролога у дитячій поліклініці, а також вихованців ясельних груп дитячих дошкільних закладів загального типу.

Основними методами дослідження були анкетування, бесіда з батьками, вивчення медичної документації: з'ясовували вік матері під час народження дитини; наявність спадкових мовленнєвих порушень, нервово-психічних, хронічних соматичних захворювань у батьків та рідних до народження дитини; вивчали особливості перебігу вагітності та пологів; аналізували особливості протікання домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку, а також особливості становлення психомоторних функцій дитини до моменту обстеження; з'ясовували, які соматичні (інфекційні) захворювання перенесла дитина, оцінювали їх ймовірний вплив на виникнення відхилень у ході її мовленнєвого розвитку. Одержані нами дані фіксувалися у протоколі обстеження.

Під час вивчення анамнезу дітей, зокрема дослідження особливостей їх внутрішньоутробного розвитку, ми для зручності аналізу умовно патогенні фактори поділили на дві групи: патогенні фактори, що здійснюють опосередкований вплив на виникнення порушень розвитку дитини, і патогенні фактори, що безпосередньо впливають на виникнення вад розвитку малюка.

Серед патогенних факторів, що здійснюють опосередкований вплив на виникнення вад розвитку дитини у пренатальному періоді (таблиця 1) ми віднесли нервово-психічні захворювання батьків, хронічні соматичні захворювання матері, мовленнєві порушення у батьків, родичів малюка, вік матері під час пологів.

Таблиця 1

Патогенні фактори, що опосередковано впливають на виникнення вад розвитку дитини у пренатальному періоді

Несприятливі фактори	Кількість	Показники у %
Нервово-психічні захворювання батьків, родичів	2	2
Хронічні соматичні захворювання матері	36	30
Мовленнєві порушення у батьків, родичів	13	11
Вживання матір'ю нікотину	5	4
Вік першороділлі більше 30 років	17	14
ВІЛ-інфікування	2	2

Нервово-психічні хвороби ми виявили у 2-х випадках (2%) у матері у вигляді епілептичного синдрому. Хронічні захворювання серцево-судинної (вегето-судинна дистонія, гіпертонічна хвороба та ін.), дихальної (туберкульоз, бронхіт з астматичним компонентом та ін.), ендокринної систем і нирок виявлено у 36 жінок (30%). Мовленнєві порушення (вади звуковимови, заїкання, прискориний темп мовлення) у батьків і (або) родичів дитини виявлено у 13 (11%) випадках. У тому, що постійно палили під час вагітності зізналися 5 (4%) жінок. Вік першороділлі складав більше 30 років на момент вагітності у 17 (14%) випадках. Інфікування вірусом імуннодефіциту людини виявлено у 2 (2%) жінок. Отже, несприятливі фактори, які ймовірно могли здійснювати непрямий вплив на внутрішньоутробний розвиток дитини були виявлені у 75 (63 %) матерів.

До групи клінічних патогенних факторів, які здійснюють безпосередній вплив на внутрішньоутробний розвиток малюка (таблиця 2), ми віднесли гострі респіраторні захворювання, гострі респіраторні вірусні інфекції, загроза переривання вагітності, загострення соматичних захворювань матері, цитомегаловірусна, герпесна інфекція, хламідіоз, токсоплазмоз, тощо хронічна фетоплацентарна недостатність, обвиття пуповини навколо шиї плоду, несумісність крові матері і плоду за резус-фактором, гіпоксія плоду та аномальний перебіг пологів.

Токсикоз (гестоз) у першому, другому або третьому триместрах вагітності у вигляді нудоти, набряків спостерігався у 48 (40%) жінок, 9 (8%) вагітних на фоні токсикозу перенесли у першому триместрі вагітності гостре респіраторне захворювання або гостру вірусну інфекцію з підвищенням температури до 38-39°C. У 33 (28%) вагітних спостерігалось загострення соматичних захворювань серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба) та нирок (пієлонефрит), у стількох же майбутніх матерів була загроза переривання вагітності у першому або третьому триместрі внаслідок хронічних запальних процесів органів малого тазу. У 31 (26%) випадків вагітність протікала на фоні інфікування жінки цитомегаловірусом, вірусом герпеса, токсоплазмозом або (і) хламідіями.

Серед факторів, що негативно впливають на дитину в третьому триместрі внутрішньоутробного розвитку значне місце відводиться гіпоксії 40 (34%) випадків, виявилось, що у 20 (17%) вагітних гіпоксія плоду виникала в наслідок хронічної фетоплацентарної недостатності (патологічний стан плаценти, який проявляється у вигляді її морфологічної або функціональної недостатності [1, с.19]). Слід зазначити той факт, внутрішньоутробна гіпоксія плоду і асфіксія немовляти є основним фактором і причиною пошкодження центральної нервової системи і у подальшому викликати різноманітні відхилення у розвитку психічних функцій, поведінки, моторики і мовлення [3, с.1441].

Таблиця 2

Показники патогенних факторів, що безпосередньо впливають на виникнення порушень розвитку дитини у пренатальному і натальному періодах

Акушерський анамнез	Кількість	Показники у %
Токсикоз	48	40
Гострі респіраторні захворювання, гострі респіраторні вірусні інфекції	9	8
Загроза переривання вагітності	33	28
Загострення соматичних захворювань матері	33	28
Цитомегаловірусна, герпесна інфекція, хламідіоз,	31	26

токсоплазмоз, тощо		
Хронічна фетоплацентарна недостатність	20	17
Обвиття пуповини навколо шиї плоду	11	9
Несумісність крові матері і плоду за резус-фактором	2	2
Гіпоксія плоду	40	34
Аномальний перебіг пологів	62	52

У результаті ультразвукового дослідження в 11 (9%) дітей було виявлене обвиття пуповини навколо шиї, що становило загрозу для життя малюка. У 62 (52%) жінок процес пологів протікав аномально: здійснювалося хірургічне втручання (кесарів розтин), накладання щипців на голову дитини, фізіологічні пологи ускладнювалися передчасним відродженням навколоплідних вод, слабкістю пологової діяльності.

За результатами обстеження малюків спеціалістами: неонатологом та неврологом (таблиця 3) з'ясовано, що лише 40 (34%) дітей серед 119 обстежених не виявлено симптомів перинатального пошкодження центральної нервової системи, і вони виписані з пологового будинку із діагнозом „здоровий”. В інших малюків спостерігалася гостра внутрішньоутробна гіпоксія - 32 (27%), асфіксія (переважно легкого та середнього ступеня важкості) – 7 (6%). У перші дні після народження дітей було встановлено у 7 (6%) ішемічно-травматичне пошкодження центральної нервової системи, у 12 (10%) - гіпоксично-ішемічне пошкодження центральної нервової системи, у 3 (3%) - гіпоксично-геморрогічне пошкодження центральної нервової системи, у 5 (4%) - токсично-ішемічне пошкодження центральної нервової системи. У перші години життя у 4 (3%) немовлят внаслідок важкого внутрішньоутробного пошкодження головного мозку спостерігалися симптоми нейрорухового збудження, у 6 (5%) дітей у перші дні життя неврологом виявлено синдром рухових розладів. Пологову черепно-мозкову травму зазнали 6 (5%) дітей.

Прояви порушення лікворного обміну (гіпертензійно-лікворний синдром, гіпертензійно-гідроцефальний синдром) було виявлено у 8 (7%) малюків, які

перенесли, як правило, хронічну внутрішньоутробну гіпоксію у поєднанні з асфіксією або пологовою черепно-мозковою травмою. Затримка внутрішньоутробного розвитку (гіпотрофія плоду) у поєднанні з хронічною внутрішньоутробною гіпоксією на фоні фетоплацентарної недостатності спостерігалася у 6 (5%) випадках. До групи ризику розвитку захворювань центральної нервової системи було віднесено 33 (28%) дітей, у яких не виявлено симптомів ушкодження центральної нервової системи, хоча пренатальний або (та) натальний період їх розвитку протікав з відхиленнями (гостра гіпоксія плоду, асфіксія, хірургічні пологи).

За даними обстеження малюків протягом першого року життя педіатром, неврологом, окулістом та іншими спеціалістами (таблиця 4) виявлено, що у перші місяці життя порушення м'язового тону за типом гіпертонії спостерігалася у 29 (24%) випадків, гіпотонії – у 2 (2%) та дистонії – у 5 (4%) випадках; рухові розлади у вигляді затримки формування моторних функцій (утримання голови, маніпулятивна функція руки, сидіння, тощо), обумовлені гіпоксичним пошкодженням центральної нервової системи, були виявлені у 32 (27%) дітей.

Таблиця 3

Результати обстеження новонароджених спеціалістами у пологовому будинку

Клінічний діагноз	Кількість	Показники у %
Гостра внутрішньоутробна гіпоксія	32	27
Асфіксія	7	6
Ішемічно-травматичне пошкодження ЦНС	7	6
Гіпоксично-ішемічне пошкодження ЦНС	12	10
Гіпоксично-геморрогічне пошкодження ЦНС	3	3
Токсично-ішемічне пошкодження ЦНС	5	4
Синдром нейрорефлекторного збудження	4	3
Синдром рухових розладів	6	5

Гіпертензійно-лікворний синдром, гіпертензійно-гідроцефальний синдром	8	7
Пологова черепно-мозкова травма	6	5
Затримка внутрішньоутробного розвитку	6	5
Група ризику з виникнення пошкодження ЦНС	33	28
Здоровий	40	34

Перинатальна енцефалопатія (Під цим терміном Ю.О. Якунін розуміє пошкодження центральної нервової системи у період внутрішньоутробного розвитку, під час пологів або у перші два тижні життя дитини. Діагноз „перинатальна енцефалопатія” ставиться малюку, починаючи з кінця другого тижня життя, дітям перших днів життя відповідає діагноз „гіпоксія”, „асфіксія” [2, с.72].) спостерігалася у 7 (6%) випадках.

Таблиця 4

Результати обстеження дітей спеціалістами на першому році життя

Відхилення у фізичному або (та) психічному розвитку	Кількість	Показники у %
М'язова гіпертонія	29	24
М'язова гіпотонія	2	2
М'язова дистонія	5	4
Синдром рухових розладів, обумовлений гіпоксичним пошкодженням ЦНС	32	27
Перинатальна енцефалопатія	7	6
Періодична східна косоокість	10	8
Менінгіт, енцефаліт	3	3
Гострі інфекційні захворювання верхніх дихальних шляхів	18	15
Соматичні захворювання	26	22
Церебральний синдром	2	2
Гіпертензійний синдром	3	3
Синдром гіпердинамії	5	4
Затримка психічного розвитку	5	4
Вкорочена вуздечка язика	4	3

Досліджуючи особливості розвитку загальної моторики на ранньому етапі постнатального розвитку (таблиця 5.), нами було з'ясовано, що у 57 (48%) дітей спостерігалася затримка формування загальномоторних функцій: затримка у формуванні здатності самостійно утримувати голову – 21 (18%) випадків, самостійно сидіти – у 17 (14%), самостійно ходити – у 19 (16%) дітей.

У процесі дослідження довербального і раннього вербального розвитку малюків (таблиця 6) виявлено, що у 12 (10%) спостерігалася затримка появи гуління, у 22 (19%) – белькотіння; із запізненням перші слова з'явилися у 53 (45%) дітей, елементарна фраза – у 61 (51%) малюків. Ці дані свідчать про затримку розвитку мовленнєвої функції.

Таблиця 5

Вікові особливості розвитку загальної моторики в обстежених дітей

Етапи	Утримування голови	Самостійне сидіння	Самостійна хода
Вік	2,5 м.- 3 м.	8 м. – 9,5 м.	1 р. 2 м. – 1 р. 4 м.
Кількість	21	17	19
Показники у %	18	14	16

Таблиця 6

Особливості домовленнєвого і раннього мовленнєвого розвитку в групі обстежених дітей

Етапи	Гуління	Белькотіння	Перші слова	Розуміння мовлення	Поява фрази
Вік	3міс.– 4,5міс.	8 міс.-9,5 міс.	11міс.-12 міс.	12міс.-15 міс.	24міс.-28міс.
Кількість	12	22	53	16	61
Показники у%	10	19	45	14	51

На розвиток мовленнєвої функції в онтогенезі впливають ряд патогенних факторів, які можуть здійснювати як опосередкований, так і безпосередній вплив на формування мовленнєвої функції дитини на різних етапах її розвитку. Під час дослідження особливостей психомоторного розвитку та формування мовленнєвої функції дітей раннього віку виявлено тісний взаємозв'язок між формуванням психомоторних функцій у дитини і розвитком мовлення: у більшості малюків, у яких спостерігалися порушення моторного розвитку, виявивилися відхилення у домовленнєвому та ранньому мовленнєвому розвитку. Одержані результати засвідчують про необхідність застосування клінічних заходів профілактики виникнення відхилень у домовленнєвому та ранньому мовленнєвому розвитку, а також розробки ефективних методів психолого-педагогічної абілітації мовленнєвої функції у дітей перших років життя.

Література:

1. Гасникова Т.В. Профилактика речевых нарушений у детей с резидуально-органическим поражением центральной нервной системы // Практическая психология и логопедия. – 2004. - № 1. – С. 19-20.
2. Москаленко А.А. К вопросу перинатальной гипоксической энцефалопатии и её последствиях: морфология, клиника, диагностика // Дефектология. – 1999. - №5. – С. 71-73.
3. Скворцов И.А., Буркова А.С., Ямпольская Э.И. и др. Проспективный и ретроспективный анализ прогноза перинатальных гипоксических поражений мозга // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1986. - №86 (10). - С 1441 - 1446.