

ПАТОГЕНЕЗ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

ЧТО ТАКОЕ РЕЧЬ?

Речь – это одна из важнейших психических функций, которая является основным средством выражения мысли. Она свойственна только человеку, являясь дифференциально-видовым признаком биологического вида homo sapiens – человек разумный. (По Т.Г. Визель)

Речь, выступающая основным средством мышления, выполняет функцию опосредствования окружающей действительности. (По Ю.В. Микадзе)

Многие исследователи по-разному определяли этот психический процесс, но все они отмечали, что **речь** – это высший и особый, специфический психический процесс, организующий все другие высшие психические функции и влияющий на их формирование и развитие. (По Л.С. Цветковой)

Л.С. Выготский считал, что **речь** является средством социального общения и средством высказывания и понимания.

С.Л. Рубинштейн рассматривал **речь** как деятельность общения, выражения и воздействия, сообщения – посредством языка.

А.Р. Лурия определял речь как процесс передачи информации.

А.Н. Леонтьев рассматривал **речь** как особую форму деятельности, прежде всего деятельности общения.

В теоретической концепции речевой деятельности Н.И. Жинкина – И.А. Зимней **речь** рассматривается одновременно как процесс порождения, восприятия речевых высказываний и как совокупность способов осуществления речевой деятельности.

- Обследования детей раннего возраста показали, что наиболее частыми являются речевые расстройства - 50,5%, расстройства эмоционально-волевой сферы - 29,2%. Все чаще встречается диагноз «ранний детский аутизм» - 12,3%; нарушения поведения и внимания - 7,7%; повышенная утомляемость и истощаемость нервных процессов - 9,2% (Дунаева З.М., Растягайлова Л.И., Урядницкая Н.А.).
- Исследования сотрудников Центра психолого-медико-социального сопровождения Санкт-Петербурга, где проводится диагностика и коррекция отклонений в развитии детей от 0 до 3 лет, показывают, что 83% детей этого возраста относятся к группе риска или имеют выраженные отклонения. Среди них дети с проблемами речевого развития составили 28%, с проблемами общего психического развития - 22,3 %, с проблемами поведения - 11,2%, с отставанием только в сфере моторного развития - 8%, с проблемами внутри- семейных отношений - 7% (Серебрякова Н.В.).
- Исследования М.Л. Дунайкина, посвященные изучению дизонтогенеза детей с ПЭП, выявили нейropsychологические критерии латерализации церебральных дисфункций у детей первого года жизни с ПЭП. Так, у детей первого года жизни с ПЭП с правополушарной мозговой дисфункцией отмечается снижение эмоционального общения, но опережающее развитие манипулятивно-предметной деятельности, достаточная голосовая активность, своевременное формирование двигательной и сенсорной функций.
- У детей с левополушарной мозговой дисфункцией отмечаются повышенные эмоциональные реакции на окружающее и на общение, но выражено отставание в голосовых проявлениях, в развитии манипулятивных функций. К концу первого года жизни дети с ПЭП с левополушарной дисфункцией дают незначительную динамику в двигательной и сенсорных сферах, но усугубляется отставание в голосовой и лепетной активности.
- В целом дизонтогенез при правополушарной мозговой дисфункции проявляется в дисгармоничном развитии, а при левополушарной мозговой дисфункции - в задержке развития.
- Эти данные помогут не только решать диагностические задачи и определять группы риска, но и осуществлять дифференцированный подход в ранней коррекционной работе.

Мозговая организация

Нейроонтогенез– генетически запрограммированные структурные и функциональные превращения в нервной системе от момента зарождения организма до его смерти. (И.А.Скворцов)



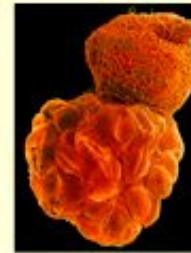
Оплодотворение
яйцеклетки



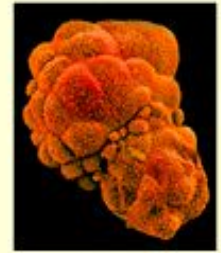
1 сутки
Зигота



3 суток
Морула



5 суток
Бластула



10 суток
Гастроула



3 недели.
Начало органогенеза



5,5 недель.
Длина зародыша 10-15 мм



6 недель.
Регистрируются движения
плода и сокращения сердца



8-10 недель.
Длина плода 10 см.
Все органы сформированы



11 недель.
Продолжается развитие
всех систем организма



12 недель.
Интенсивное развитие
нервной системы



16 недель.
Плод быстро растет, двигает
ручками и переворачивается



18 недель.
Длина плода 20 см.
Мать ощущает его движения



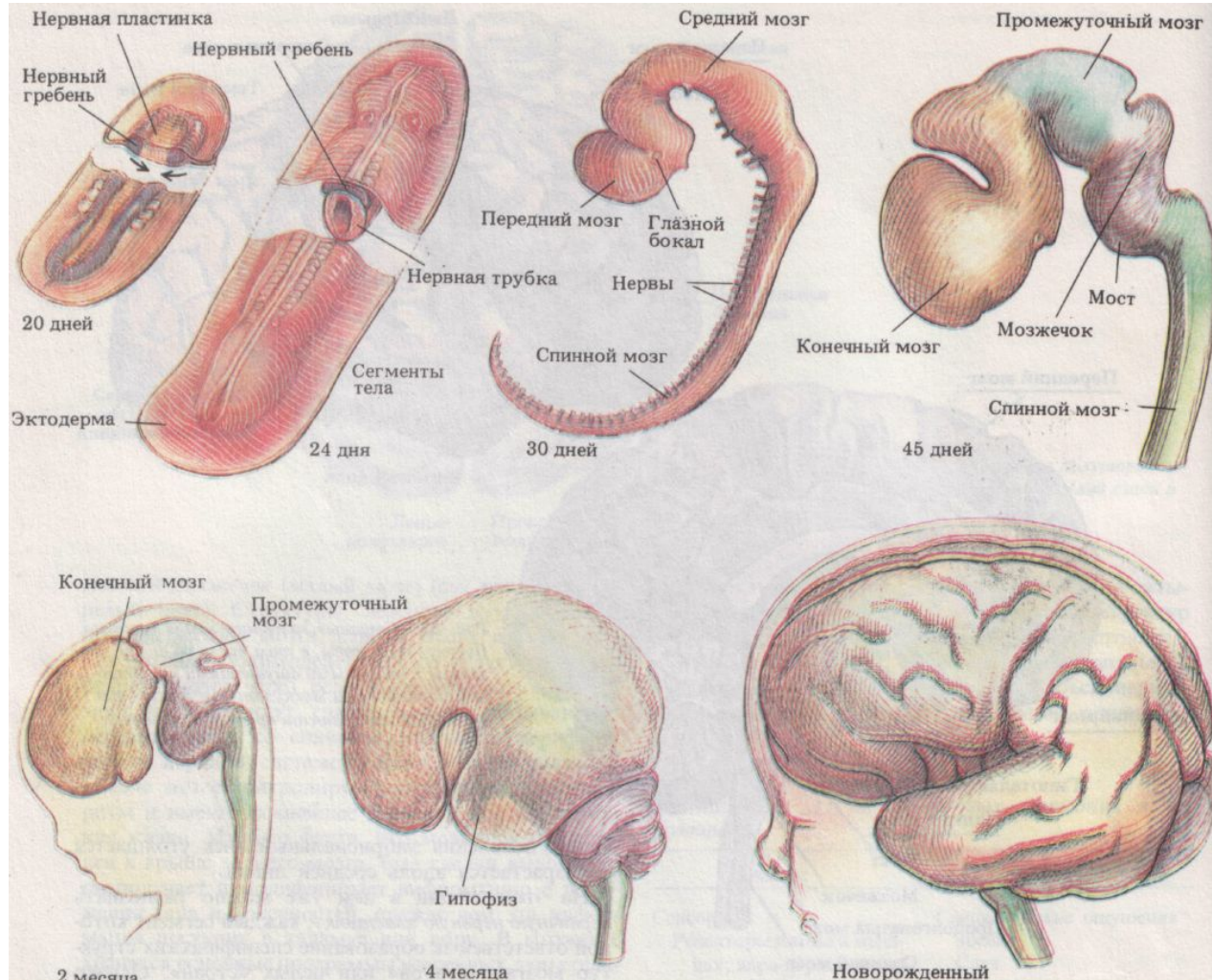
7 месяцев.
Завершающий период
развития



9 месяцев.
Рождение человека

Онтогенез нервной системы

1. Закладка нервных структур опережает закладку остальных органов.
2. С ранних этапов нервные структуры подчиняют развитие эмбриона системной организации
3. Все органы с момента закладки навсегда связаны с нервной трубкой
4. Любая психическая функция связана с определенной структурой мозга.



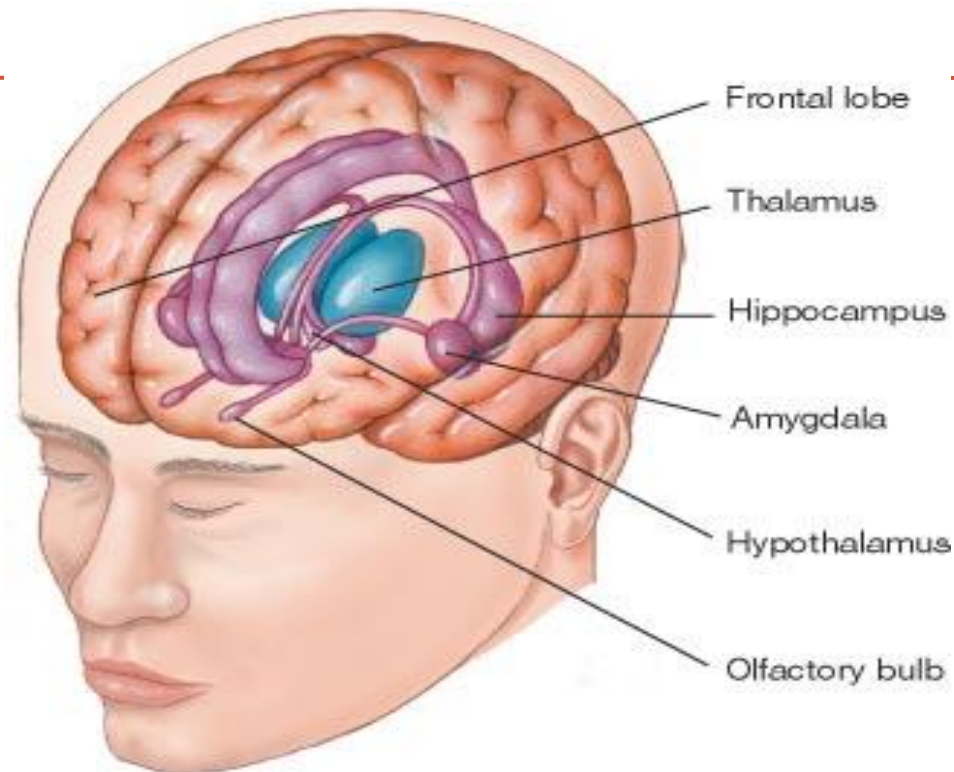
ОНТОГЕНЕЗ ПСИХОМОТОРНОЙ И РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Выделяют 3 периода до 1 года жизни:

- 1)Таламопаллидарный
- 2)Стриопаллидарный
- 3)Развитие корковых функций

Таламопалидарный период (от рождения до 4 мес.), характерны:

1. Беспорядочные, некоординированные движения.
2. Физиологический гипертонус в руках и в ногах.
3. Оживлённость и постепенная редукция безусловных рефлексов.
4. Фиксация взора, улыбка.
5. Гуление (с1,5-2мес. жизни)

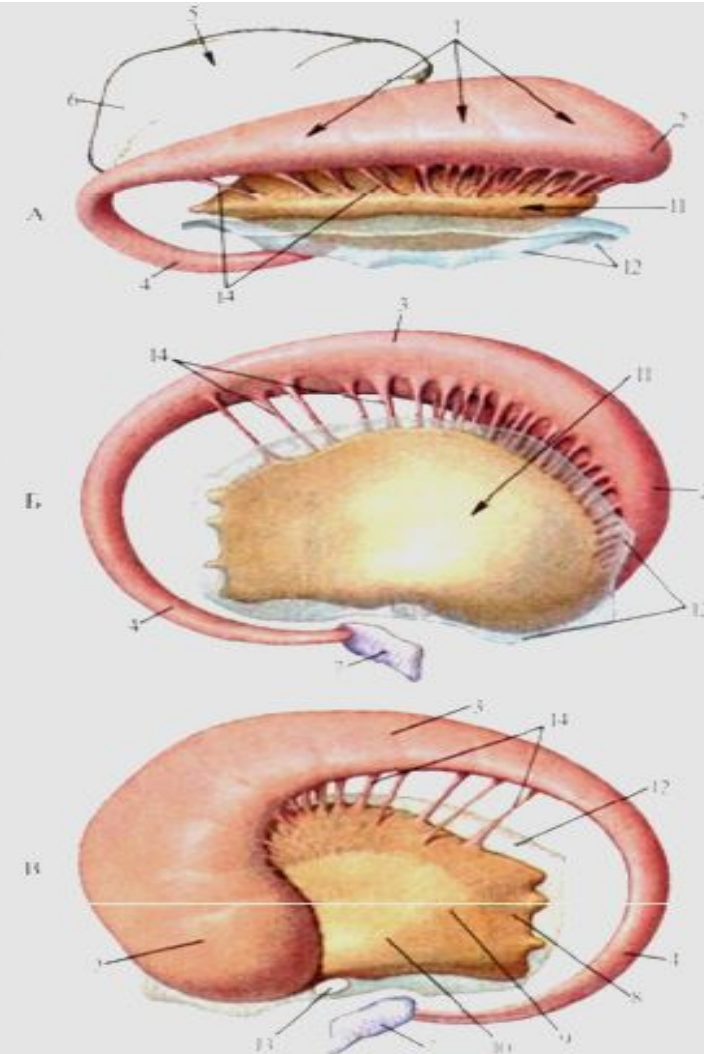


Стриопаллидарный или ПИРАМИДНО-СТРИАРНЫЙ ПЕРИОД (от 4 до 11 мес.)

1. Нормализация мышечного тонуса.
2. Развитие целенаправленных движений в руках.
3. С 6 мес.—самостоятельно сидит
С 7-8 мес.—ползание, с 9 мес.—встаёт, держась за опору.
4. Начальное понимание обращённой речи.
5. С 6 мес.—появление лепета.

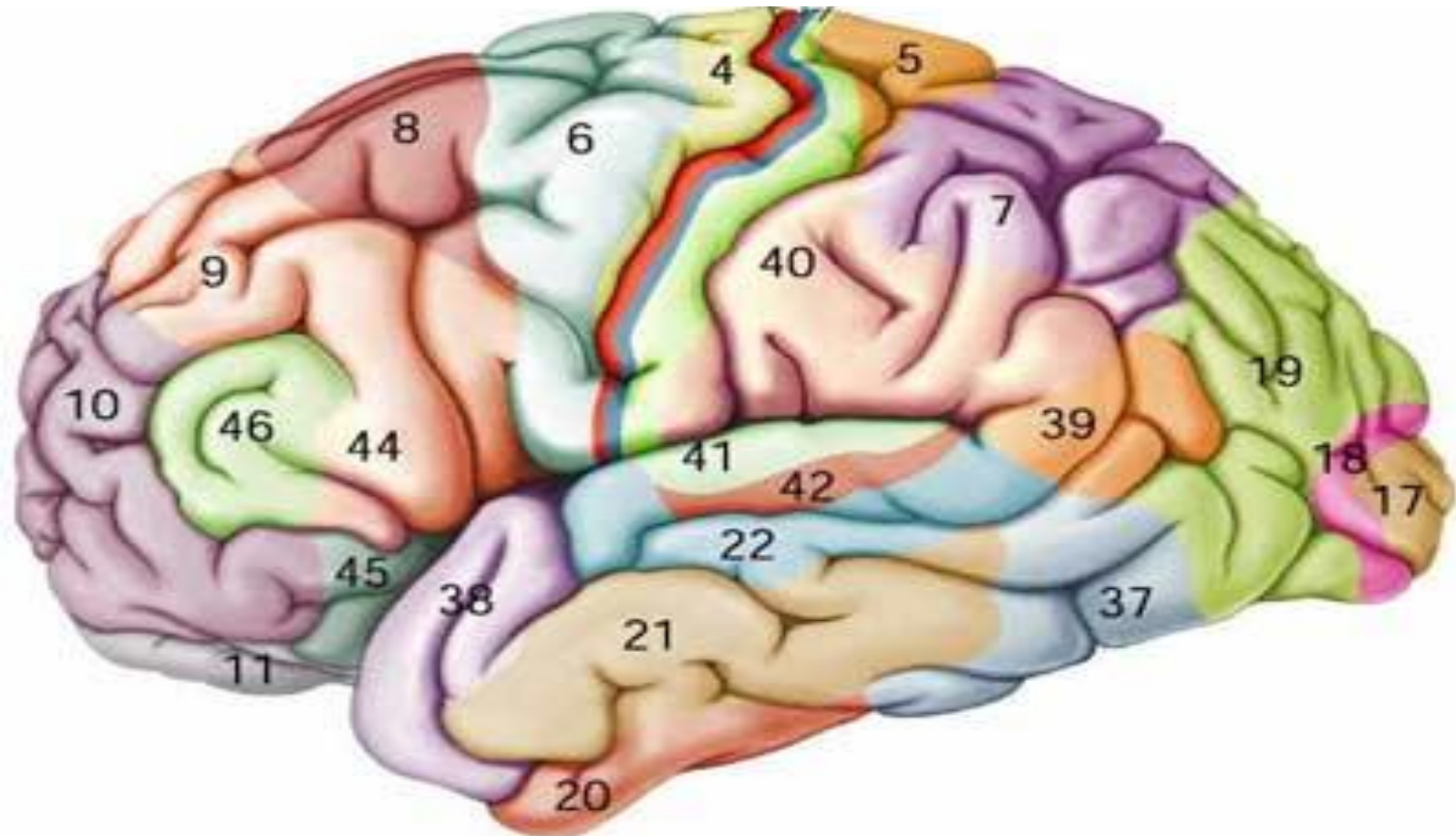
Базальные ядра конечного мозга (полусхематично).

А — вид сверху. Б — вид снаружи. В — вид изнутри. 1 — nucleus caudatus; 2 — caput nuclei caudati; 3 — corpus nuclei caudati; 4 — cauda nuclei caudati; 5 — thalamus; 6 — pulvinar thalami; 7 — corpus amygdaloideum; 8 — putamen; 9 — globus pallidus lateralis; 10 — globus pallidus medialis; 11 — nucleus lentiformis; 12 — claustrum; 13 — commissura rostralis; 14 — перемычки серого вещества между хвостатым и чечевичкообразным ядрами.



Развитие корковых функций к 1 году

1. Контроль зрения за движением рук.
2. Тонкие движения рук.
3. Начало самостоятельной ходьбы.
4. Развито бинокулярное зрение, различает запахи, интонации.
5. Значительный словарный запас в импрессивной речи.
6. Произношение первых слов.



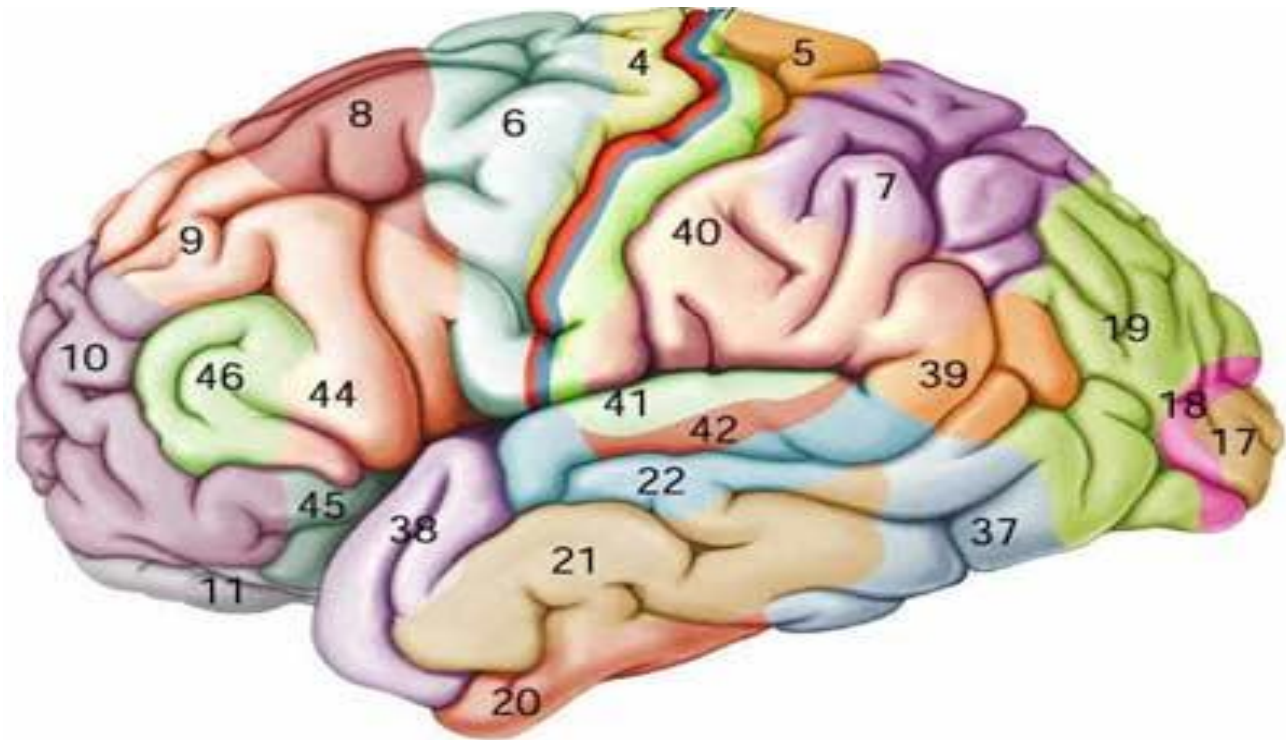
Локализация функций в коре больших полушарий головного мозга

1-я зона - двигательная - представлена центральной извилиной и лобной зоной впереди нее - 4, 6, 8, 9 поля Бродмана

2-я зона - чувствительная - участки коры головного мозга кзади от центральной борозды (1, 2, 3, 4, 5, 7 поля Бродмана).

3-я зона - зрительная зона - затылочная область коры головного мозга (17, 18, 19 поля Бродмана)

4-я - зона слуховая - височная область коры головного мозга (22, 41, 42 поля Бродмана).



Возраст (месяцы)	Основные показатели довербального и вербального развития
1	Реакция сосредоточения на речевое общение с ребенком
2	Улыбка при общении
3	Комплекс оживления при общении со взрослым, гуление
4	Дифференцированность комплекса оживления, смех
5	Дифференциация направления звука, певучее гуление
6	Лепет
7	Готовность к совместной игровой деятельности, ориентация на колокольчик – вызванная реакция
8	Реакция на незнакомое лицо, повторение одинаковых слогов: ба-ба-ба
9	Общение с помощью жестов, игра в «ладушки»
10	Ситуативное понимание обращенной речи, предметно-действенное общение со взрослым, использование 1-2 лепетных слов, понятных при соотнесении с ситуацией
11	Использование 3 лепетных слов с соотнесением
12	Использование 3-4 лепетных слов с соотнесением; понимание простой инструкции, дополняемой жестом
15	Словарный запас увеличивается до 6 слов, ребенок понимает простую инструкцию без жеста
18	Показывает одну из частей тела, словарный запас 7-20 слов
21	Показывает три части тела, использует фразу из 2 слов, словарный запас – 20 слов
24	Показывает 5 частей тела, имеет словарный запас минимум 50 слов; понимает двухэтапную инструкцию, неадекватно использует местоимения я, ты, мне ; предложения строит из 2 слов
30	Адекватно использует местоимения я, ты, мне ; повторяет две цифры в правильной последовательности, имеет понятие «один»
36	Словарный запас 250 слов; использует предложения из 3 слов, овладел множественным числом существительных и глаголов. Ребенок называет свое имя, пол, возраст, понимает значение простых предлогов; выполняет задания типа «положи кубик под чашку», «положи кубик в коробку»

Развитие практических функций в раннем онтогенезе

3,5 мес –хватает игрушку рукой

4 мес –останавливает взгляд на объекте и подолгу его рассматривает

6,5 мес – разнообразный активный лепет (переднеязычные, заднеязычные)

7,5 мес – синхронное ползание по –пластунски; появляются двойные звуковые сочетания типа «ба –ба»

8 мес – для захвата использует большой палец

8,5 мес – начинает целенаправленно манипулировать пирамидкой из 2-3 колец;

10 мес – пользуется указательным жестом, самостоятельно встает, называет действия и предметы слогами

12 мес- самостоятельно ходит, говорит короткие слова (мама, дада)

1 год 5 мес – рисует «каракули»

1год 3 мес – снимает простые предметы одежды (шапка, варежки)

1 год 6 мес - зачерпывает еду ложкой

1год 8 мес – «телеграфная речь»: двусловные предложения

1 год 9 мес – строит простые сооружения из кубиков

1 год 10 мес – активно пользуется жестами

2 года – формируется предпочтения руки, бегают

2 года 6 мес – правильно держит карандаш, узнает контурные изображения

3 года – дорисовывает недостающие ручки, ножки к человечку; копирует круг

4 года – умеет делать кувырок в перед, прыгает на одной ноге, копирует квадрат, пользуется ножницами, использует определение пространства в речи (на, под, за), рисует человечка с туловищем, складывает картинки из кубиков, застегивает пуговицы, одевается без посторонней помощи

5 лет – выполняет одновременно два вида движений, сам рисует фигуры (круг, квадрат, треугольник), рисует человека в одежде, сюжетные рисунки, самостоятельно завязывает шнурки на ботинках



10 месяцев



10 – 12 месяцев



2 – 3 года



4-5 лет

КРИТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ В ОНТОГЕНЕЗЕ

Особое значение имеет закономерность психического развития, описанная *И.А. Скворцовым и Н.А. Ермоленко* в монографии «**Развитие нервной системы у детей в норме и патологии**»: развитие идет качественными скачками и перед каждым из них ребенок становится наиболее сенситивен (восприимчив к усвоению нового), но вместе с тем теряет часть тех умений, которые приобретены на идущем этапе. Происходит явление, названное *И.А. Скворцовым* «обнулением». **Например**, новорожденный ребенок выходит в мир с большой степенью готовности к адаптации, но одновременно лишается умения *поворачивать голову на бок*, которое имелось у него внутриутробно. Важной чертой критических периодов развития является не только максимально благоприятное овладение новой функцией, но и определенная декомпенсация других. Развивающаяся вновь функция как бы «обкрадывает» уже имеющиеся в арсенале ребенка. Ярким **примером** этого может служить так называемый кризис трехлеток, когда *бурно развивается мысль и речь, а некоторые навыки поведения ослабевают*, что проявляется в капризности, негативных реакциях, психомоторном возбуждении и пр. Ребенок ведет себя так, как дети младшего возраста, хотя его интеллект соответствует возрастным нормативам. Позже **аналогичное явление наблюдается в пубертатном возрасте**. У подростков возникают вегетативные расстройства, двигательная неловкость, дискоординации, кожные заболевания, например, юношеские угри. Это «плата» за бурное взросление (половое созревание, физическое и психическое возмужание и т.п.). *Ослабление или «обнуление» в кризисные периоды прежних достижений развития носит временный характер*. Как правило, организм справляется с критической ситуацией, и линия развития выравнивается. По

И.А. Скворцову, налицо особое явление — «выраж» развития. Совершенно очевидно, что ориентация в этой и других особенностях развития ребенка необходима родителям и всем специалистам, имеющим дело с детьми.

Дизонтогении

Факторы, влияющие на возникновение дизонтогении

- Время и длительность воздействия повреждающих факторов
- Этиология
- Распространенность болезненного процесса, локальность или системность патогенного воздействия
- Степень нарушения межфункциональных связей

Основные направления нарушений психического развития человека

Ретардация – запаздывание или приостановка всех сторон психического развития или преимущественно отдельных ее компонентов

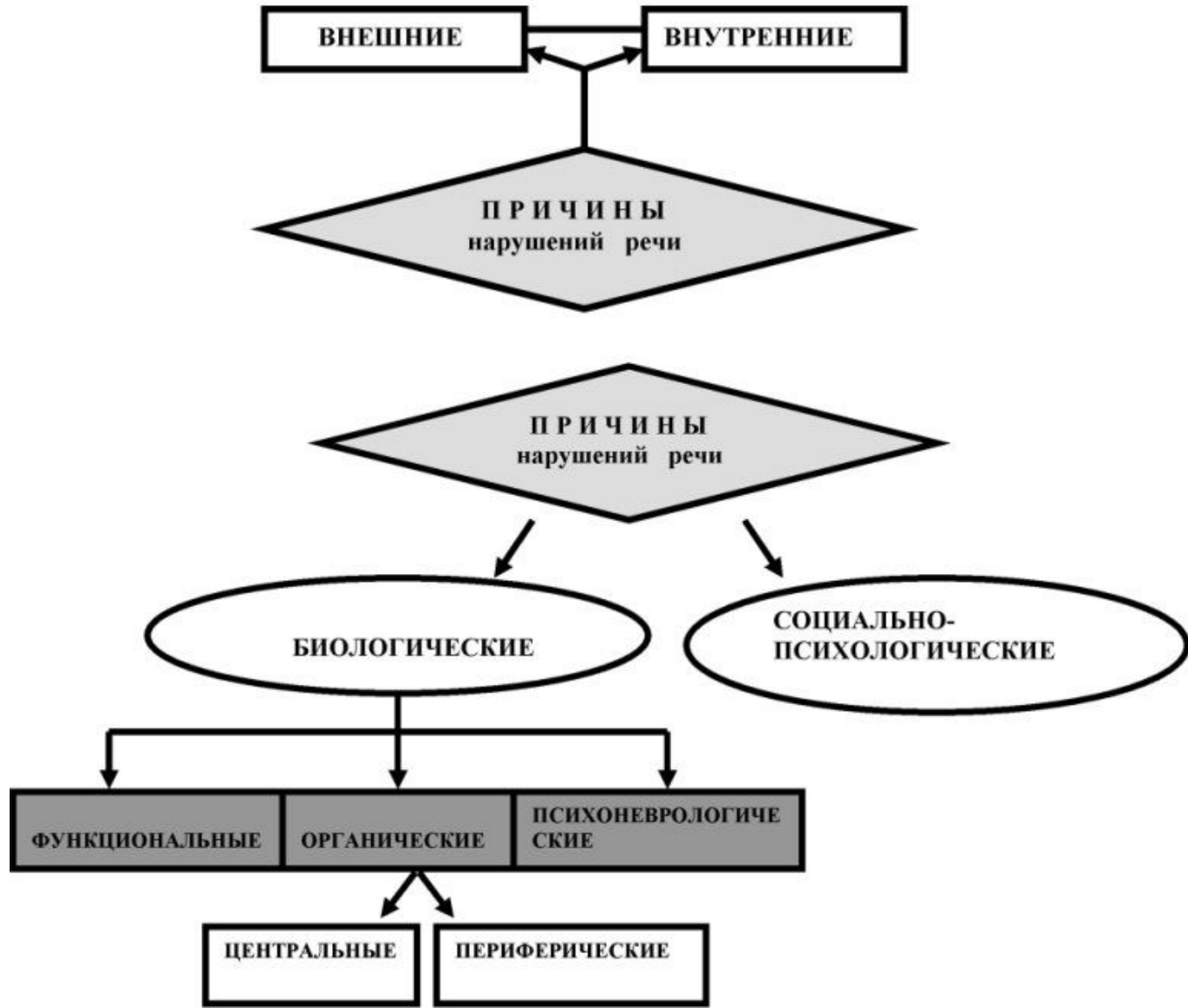
Дисфункция созревания – связана с морфофункциональной возрастной незрелостью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга с неблагоприятными факторами внешней среды

Поврежденное развитие – изолированное повреждение какой-либо сенсорной системы или структур головного мозга.

Асинхрония – диспропорциональное психическое развитие при выраженном опережении темпа и сроков развития одних функций и запаздывании или выраженном отставании других.

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

Причина - воздействие на организм внешнего или внутреннего неблагоприятного фактора или их взаимодействия



Пренатальные, натальные и постнатальные вредности, значимые для формирования речи



В детском возрасте речевые расстройства в зависимости от причин их возникновения можно разделить на следующие группы:

1. Речевые расстройства, связанные с органическим поражением центральной нервной системы:

1.1. афазии

Распад всех компонентов речи в результате поражения корковых речевых зон

1.2. алалии

Системное недоразвитие речи в результате поражения корковых речевых зон

1.3. дизартрии

Нарушение звукопроизношения в результате нарушения иннервации речевой мускулатуры (нейронов)

2. Речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями центральной нервной системы

2.1. заикание

2.2. мутизм и сурдомутизм

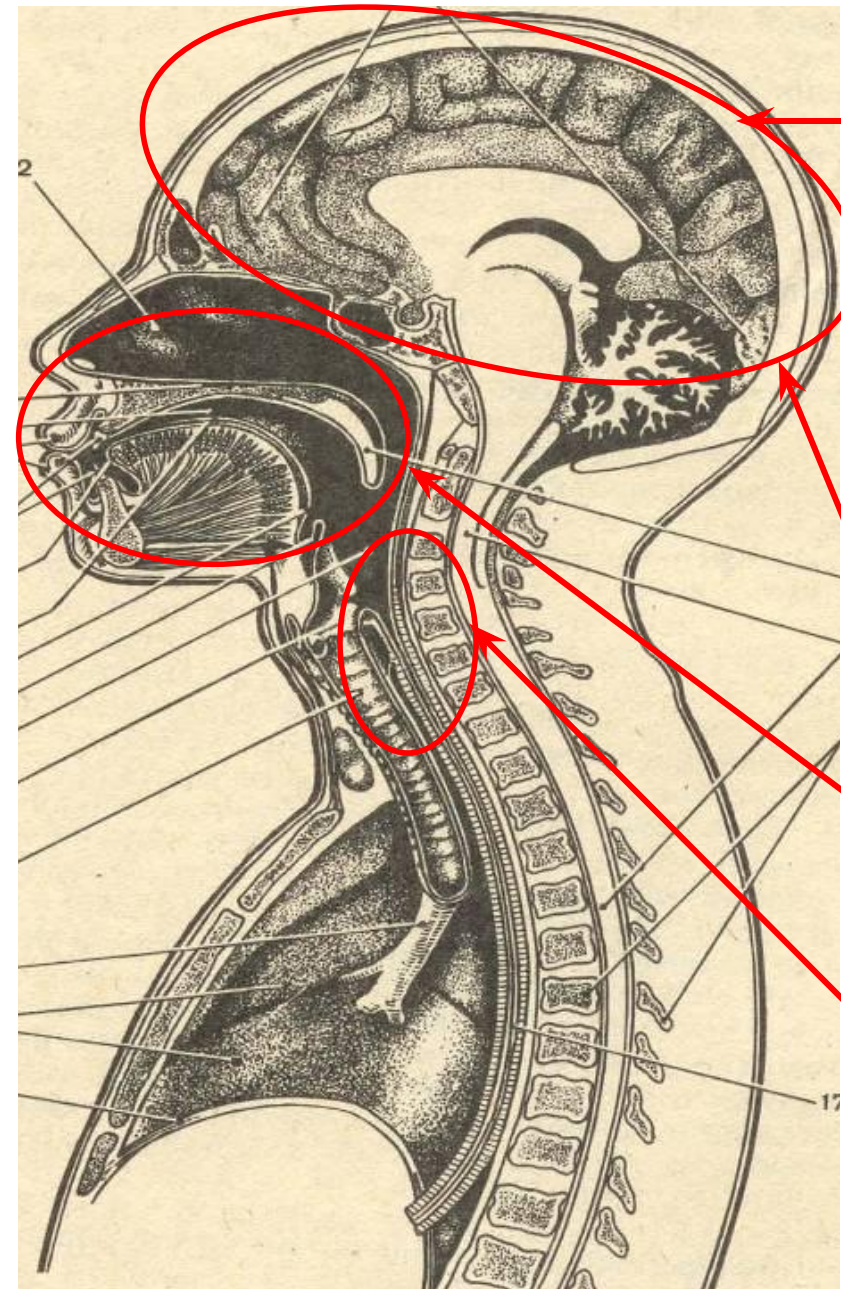
3. Речевые нарушения, связанные с дефектами строения артикуляционного аппарата

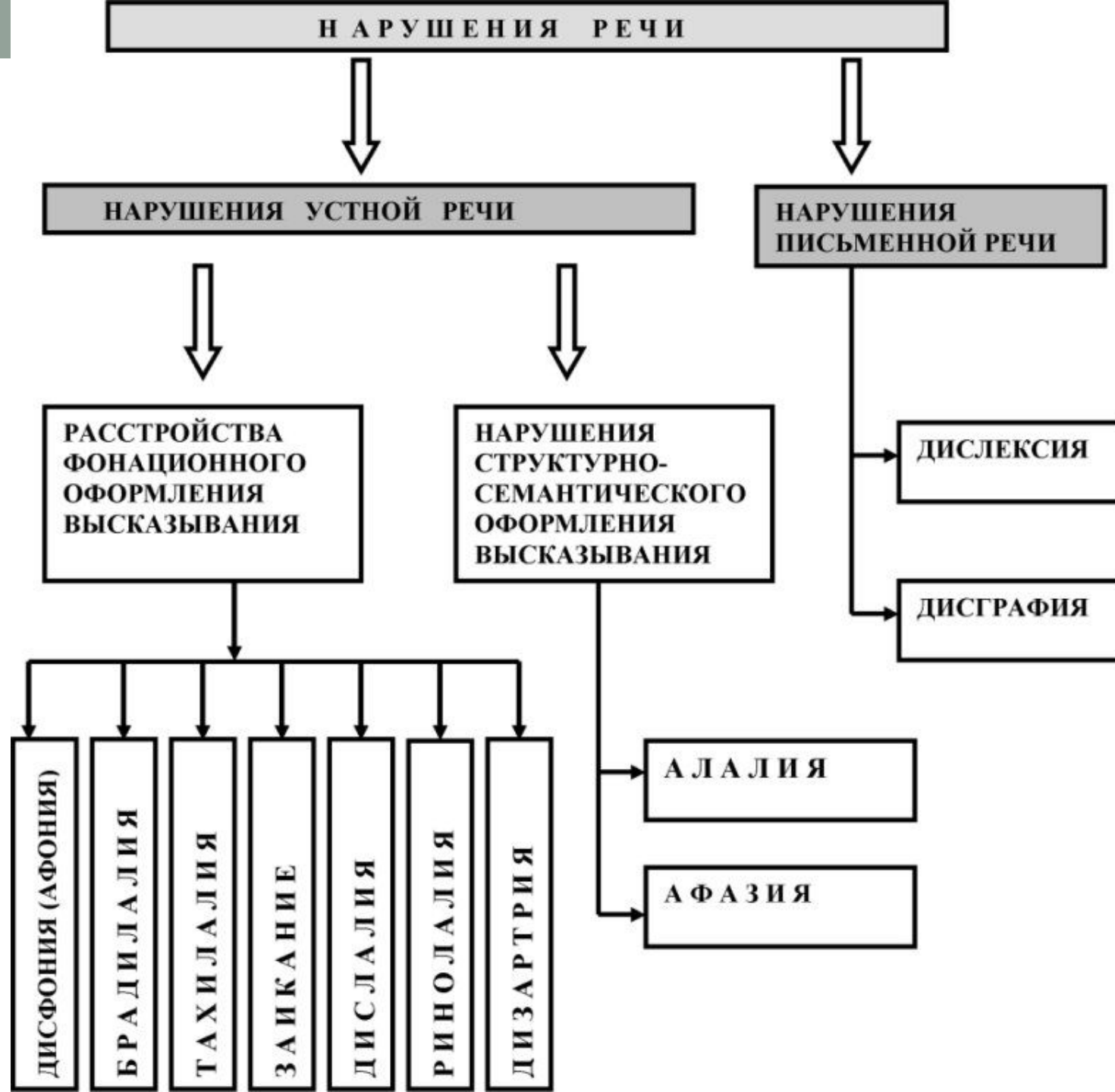
3.1. механические дислалии

3.2. ринолалия

4. Речевые нарушения, связанные с нарушением фонационного оформления высказывания:

-дисфония (афония)





Воронцова и Таптапова проводят дифференциацию логопедического воздействия после пластики неба у взрослых пациентов.

Ермакова установила возрастные особенности функциональных расстройств голосообразования у детей с ВРГН и применительно к ним модифицировала сочетание голосовых, дыхательных и артикуляционных упражнений.

Вансовская, обобщая опыт немецкой и французской школ, предлагает следующее содержание послеоперационной логопедической работы:

1. Раннее формирование речи у детей и оказание помощи в этом родителям
2. Коррекционная работа начинается с артикуляторных упражнений, включающих специальные задания по активизации двигательной функции речевого аппарата, с определенного уклада артикуляторов, а также с отработки кинестетических ощущений в полости рта
3. Переход к дифференцированному дыханию в зависимости от состояния небно-глоточного затвора – к формированию в начале неречевого, более интенсивного, а затем менее интенсивного речевого дыхания
4. Перевод всех артикуляций в передние отделы ротового резонатора с использованием специально подобранных фонетического материала и приемами его усвоения
5. Коррекция произношения навыка шумных согласных в зависимости от показателей внутриротового давления и отработка навыка его создания
6. Развитие слухового восприятия, внимания и фонематических представлений
7. Устранение специфического нарушения произношения, тембра, высоты и силы голоса

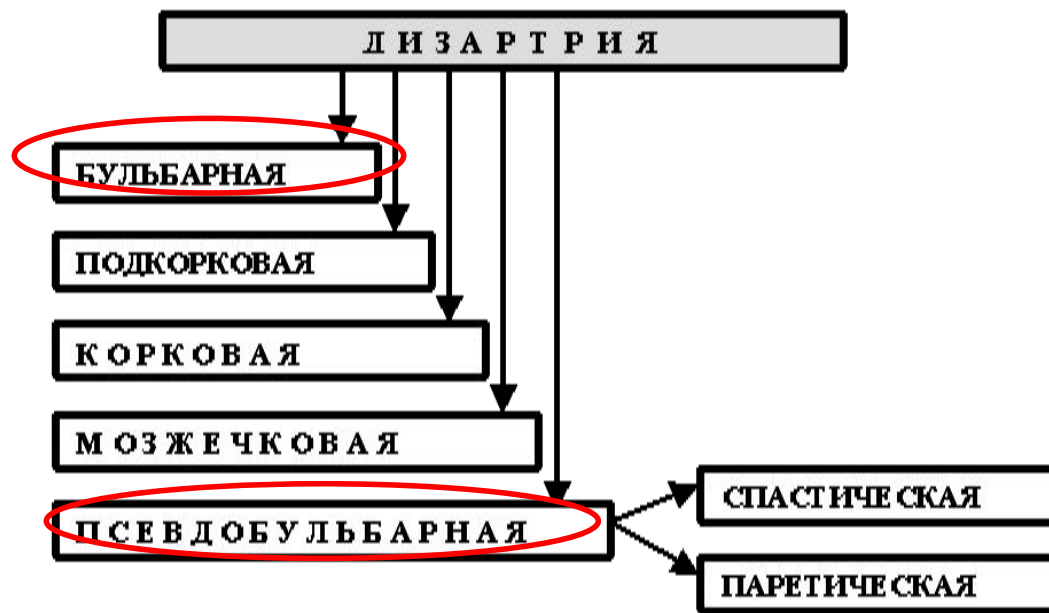
Таким образом, в России разработкой методических приемов по устранению ринолалии и ринофонии занимались Рау, Гутцман, Нелюбова, Хватцев, Ипполитова, Таптапова, Воронцова, Сереброва, Ермакова, Чиркина, Вансовская, Волосовец и др.

ДИЗАРТРИЯ

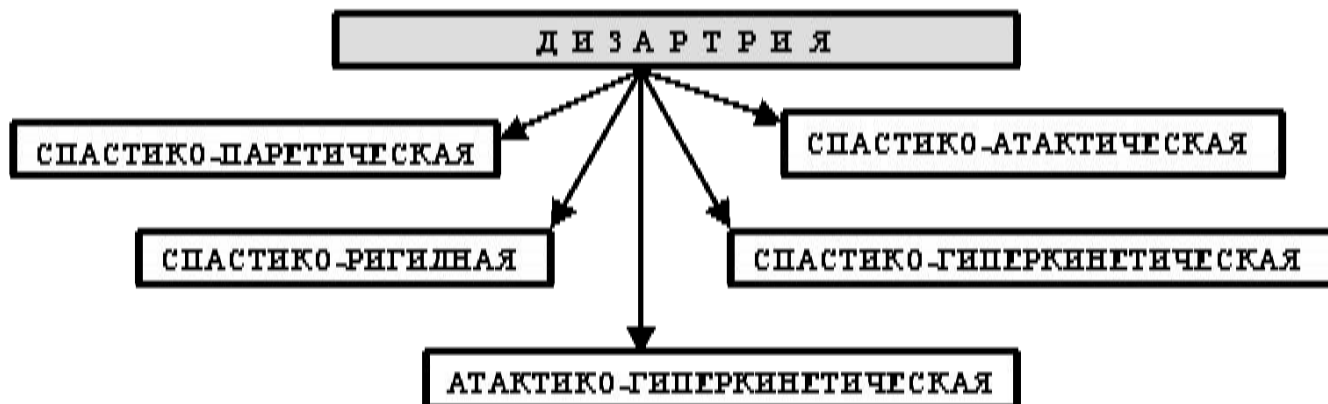
ДИЗАРТРИЯ

Дизартрия – нарушение просодической и произносительной стороны речи вследствие органического поражения ЦНС и (или) её периферических отделов.

Е.Н.Винарская



Формы дизартрии у детей с детским церебральным параличом



ПРИЧИНЫ ДИЗАРТРИИ

▼ патология беременности и родов – 67%;

гипоксический тип преимущественно связан с такими осложнениями, как неправильная имплантация яйца, анемия и пороки сердца матери, артериальная гипотония или гипертония у матери во время беременности, пороки сердца плода, пороки развития плода и плаценты, дефекты плаценты, преждевременная частичная отслойка плаценты, аномалия развития пуповины, затяжные роды, обтурация дыхательных путей после родов, асфиксия в родах;

токсический тип поражения наблюдается при интоксикации медикаментами, нефропатии (преэклампсии и др.), диабете, гипотиреозе, алкоголизме и наркомании матери, нарушениях обмена веществ, несовместимости крови матери и плода

инфекционный тип поражения в эмбриональном периоде (от 2-й недели до 4-го месяца беременности) наблюдается при краснухе, кори, цитомегалии, герпесе, ветряной оспе, эпидемическом паротите, гриппе; начиная с 5–7 месяцев – при бактериальных инфекциях у матери

▼ интоксикации (алкоголизм, наркомания и другие заболевания родителей) – 8%;

▼ заболевания ребенка первого года жизни;

▼ ухудшение экологической обстановки: врожденный гипотиреоз, расщелины губы и неба

▼ хромосомные и генетические заболевания: синдром Мартина-Белла, синдром Прадера-Вилли, синдром Дауна, синдром Денди-Уокера, синдром Ангельмана и т.д.

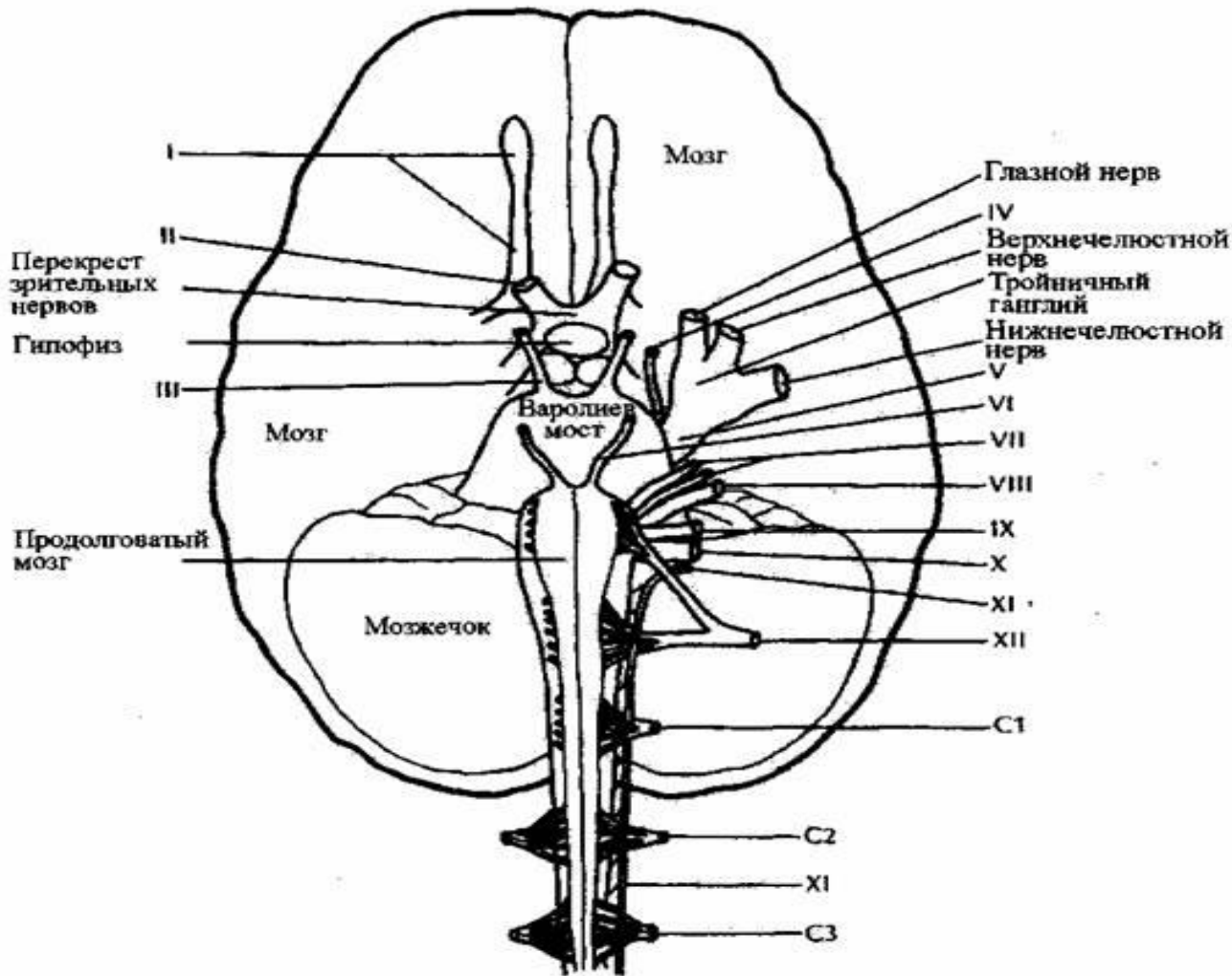
БУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

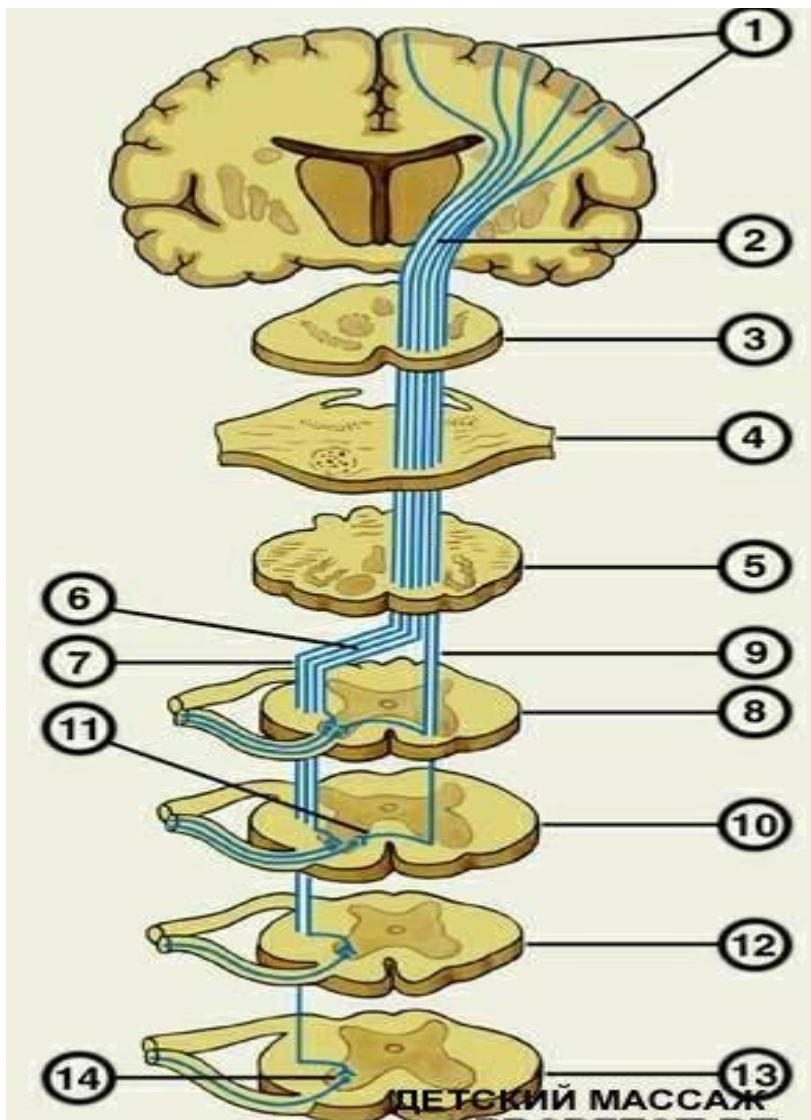
Одностороннее или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов V, VII, IX, X, XII черепно-мозговых нервов

ПАТОГЕНЕЗ

Избирательные вялые параличи мышц языка, губ, мягкого неба, гортани, глотки, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных мышц; снижение глоточного рефлекса, дисфагия, гиперсаливация

Атрофия и атония этих мышц – язык вялый, дряблый; снижены или отсутствуют рефлексы, расстройство произвольных и непроизвольных движений в соответствующих группах мышц





ПСЕВДОБУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

Двустороннее (может быть неравномерно латерализованное) поражение центральных двигательных кортико-бульбарных нейронов, а также пирамидных нейронов, идущих от коры головного мозга к передним рогам шейно-грудного уровня.

ПАТОГЕНЕЗ

Пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата.

Мышечной атрофии нет. Гипертония мышц – язык напряжен, отодвинут кзади. Гиперметрия, тремор, синкинезии. Глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены. Гиперсаливация. Дисфагия.

Паралич всегда двусторонний, хотя возможно преобладание с одной стороны, что приводит к нарушению реципрокной иннервации (девиации языка). Нарушены произвольные, тонкие движения языка.

ДИЗАРТРИЯ ВУЛЬВАРНОЙ ДИЗАРТРИИ И СПЕВДОБУЛЬВАРНОЙ

Бульбарная форма дизартрии встречается редко. Псевдобульбарная наиболее распространенная (96 % детей).

Дизартрия	Очаг поражения мозга	Патогенез	Клинические проявления (синдромы фонетических расстройств и вторичной системной недостаточности)
1	2	3	4
Бульбарная	Одностороннее (правое или левое) или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов V, VII, IX, X, XII черепно-мозговых нервов шейно-грудного уровня	Избирательные вялые (право-, лево- или двусторонние) параличи мышц языка, губ, мягкого неба, гортани, глотки; дыхательных мышц и поднимающих нижнюю челюсть. Наблюдается их атрофия и атония (язык вялый, дряблый); снижены или отсутствуют глоточный и нижнечелюстной рефлекс. Отменяются расстройства произвольных движений в соответствующих группах мышц	Голос слабый, глухой, истощающийся; гласные и звонкие согласные оглушены (Б — П, Д — Т и др.) Тембр речи изменен по типу открытой гнусавости (Б — М, Д — Н и др.). Артикуляция гласных приближена к нейтральному звуку э. Артикуляция согласных упрощена; смычные и Р заменяются щелевыми (П — Ф, Т — С). Упрощается характер щели у щелевых; в речи доминируют глухие плоскощелевые звуки. Нередки избирательные расстройства артикуляции в соответствии с избирательным распределением вялых параличей. Речь замедленная, монотонная, нарушена плавность, резко утомляет больного
Псевдобульбарная	Часто наблюдается поражение центральных двигательных кортикобульбарных и пирамидных нейронов, идущих к передним рогам шейно-грудного уровня. Поражение двустороннее, неравномерно латерализованное	Характерны пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата. Мышечных атрофий нет. Гипертрофия мышц (язык напряжен, отодвинут назад), глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены. Нередки насильственный смех и плач. Параличи всегда двусторонние, но возможно их преобладание с одной стороны, во-первых, произвольные движения и, во-вторых, самые тонкие движения кончиком языка	Голос слабый, сильный и хриплый. Тембр речи изменен по типу закрытой гнусавости, особенно гнусавы гласные заднего ряда (у, о) и твердые согласные со сложным артикуляционным укладом (р, л, ш, ж, ц). Артикуляция гласных и согласных сдвинута назад. Смычные согласные и р заменяются на щелевые (п — ф, т — с), щелевые согласные преобразуются в плоскощелевые, страдает артикуляция согласных со сложными укладами (р, л, ш, ж, с, з, ц, ч), артикуляция твердых согласных страдает больше, чем мягких. Больной старается преодолеть описанные расстройства под контролем слуха, однако его усилия обычно ведут к нарастанию гипертонии мышц и, следовательно, к усилению хриплости голоса, гнусавости, дефектов артикуляции, пропуску согласных при стечении, недоговариванию конца слов, замедлению темпа речи, нарушениям ее плавности и модулированности

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ РЕЧИ ПРИ РАЗНЫХ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЯХ

Дислалия	Дизартрия					Моторная алалия Моторная афазия
	Бульбарная (периферическая)	псевдобульбарная	подкорковая	мозжечковая	корковая	
<p>Механическая Нарушение прикуса, нарушения строения зубов, особенности строения неба, подъязычной связки.</p> <p>Функциональная Не должно быть отклонений в строении. Скорость, сила, объем движений не ограничены переключаемость с одного уклада на другой не затруднена Иногда бывает обусловлена недостаточной тренированностью артикуляционной мускулатуры. Незначительная вялость лицевой мускулатуры. В этом случае бывает ограничен подъем кончика языка (нарушены шпильные, сонорные).</p>	<p>Скорость, сила, объем орально - артикуляционных движений ограничены, переключаемость с одного уклада на другой затруднена</p> <p>Выражена тяжелой степенью. Нарушение IX, X, XII пары нервов, поражение ствола мозга. Симптоматика: «вялый» паретический синдром. [ЗА] <u>-атония</u> <u>-атрофия</u> <u>-арефлексия</u> Нарушение реципрокности (язык, щеки, губы могут отклоняться влево и вправо). На поверхности языка наблюдаются легкие подергивания - фибрилляции. Гиперсаливация. Гиперназализация (ринофония), грубое нарушение звукопроизношения, медленный темп речи брадилалия, дисфония до афонии, дисфагия до афагии, ритм речи не нарушен, речь псевдоскандированная, как будто по слогам.</p>	<p>Ведущий синдром : спастический <u>-гипертонус</u> <u>-гипертрофия</u> <u>-гиперрефлексия</u></p> <p>Язык девирует вправо (язык на себя тянет поражённая сторона). Тремор языка с иррадиацией на боковой край языка, гиперметрия, синкинезии (сопутствующие движения), девиации языка влево или вправо. Гиперсаливация, дисфагия =>поперхивания, дисфония (отёчные напряжённые голосовые складки). Нарушение звукопроизношения: щелевые звуки преобразуются в смычные. Тенденция к смягчению согласных, ринофония (гипернозализация), темп речи замедлен до брадилалии, скандированная речь. Варианты: 1. Спастическая форма: тонус повышен в области щёк, губ. 2. Спастико - паретическая. 3. Спастико-ригидная (крайняя степень выраженного тонуса). Стертая дизартрия - лёгкая степень выраженности. Симптоматика чаще спастико-паретическая, темп речи может быть ускорен до тахилалии. Чаще появляются сбивчивость, запинки, приводящие к заиканию. (кляттеринг)</p>	<p>Гиперкинетический синдром. (ЗГ + гиперкинез) Симптоматика неустойчивая, неустойчивые девиации (отклонения) языка, щёк, губ. Избыточная гиперметрия, гиперсаливация, гиперназализация. Дисфония – произвольно меняется звуковысотность, тембральная окраска голоса, речь аритмичная, отдельные слоги затяги - ваются голосом, другие проглатываются - «лающая речь». Аритмия приводит к заиканию. Речь « рваная», неплавная, эксплозивная (отрывистая). Нарушения звукопроизношения неустойчивы. Темп речи неустойчивый, меняющийся.</p>	<p>Атактический синдром возникает при поражении мозжечка или мозжечково-паллидарных путей. Проявления спастико-ригидные. Дистония (в состоянии покоя - вялость, при нагрузке тонус повышается). <u>-гипертонус</u> <u>-гипертрофия</u> <u>-гиперрефлексия</u> Тремор языка с иррадиацией на мышцы губ и щёк. Гипосаливация, гипертонусная дисфония, голос становится выше на пол тона с выраженной назализацией, речь «рубленая», скандированная, монотонная. Звукопроизношение не грубо нарушено, угасающая речь.</p>	<p>Иннервация не нарушена. Нет нарушения произвольного орального праксиса, имеется только артикуляционная апраксия. У больных сохраняется способность к чтению «про себя» и письменная речь. Сохранён механизм внутреннего проговаривания. Речь грубо нарушена.</p>	<p>Возникает при поражении постцентральной области за центральной бороздой, левого полушария. Аfferентная (зона Пенфильда). Кинестетическая - аfferентная алалия или афазия. Нет нарушения произвольного орального праксиса, но имеется оральная апраксия выражающаяся в отсутствии позы, искажении или поиске позы. Кинестетическая апраксия характеризуется нарушением воспроизведения оральных артикуляционных поз, а при воспроизведении серии поз начинаются искажения.</p>

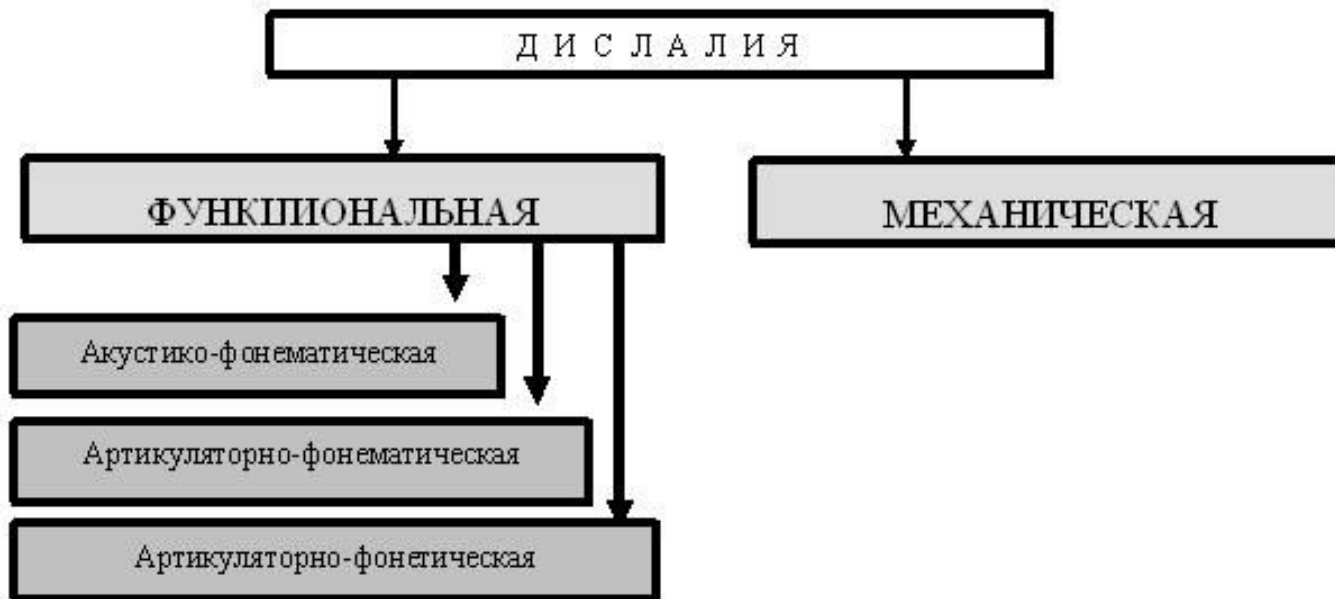
Дислалия	Дизартрия
1. У соматически ослабленных детей. Органики нет	1. Связана с поражением центральной нервной системы (ц.н.с.)
2. Неврологическая симптоматика отсутствует	2. Ярко выражена асимметрия лица, языка, мягкого неба; рот в покое приоткрыт из-за пареза губ, отличается сглаженность носогубных складок
3. Двигательная сфера без патологии, сухожильные рефлексы живые, равномерные	3. Страдает общая, мелкая и артикуляционная моторика
4. Страдает только звукопроизношение. Прогноз благоприятный	4. Наряду со звукопроизношением страдает просодика. Поставленные звуки автоматизируются с трудом
5. Голос звонкий, громкий, богато модулированный	5. Голос глухой, слабый, сдавленный, затухающий, прерывистый
6. Речевая активность повышена	6. Речевая активность снижена
7. К своему дефекту критичен	7. «У чужого соринку в глазу видит, у себя — бревна не заметит»
8. Вегетативные нарушения проявляются в потливости конечностей, в красном дермографизме кожи	8. Вегетативные нарушения грубо выражены: синюшные, холодные, влажные конечности
9. Гигиенические навыки вырабатываются быстро, удерживаются стойко. Внешне дети опрятны	9. Гигиенические навыки из-за моторных нарушений вырабатываются с трудом. Неопрятны
10. Сон спокойный без ночных страхов и сновидений	10. Наблюдаются расстройства сна, ночные страхи, сновидения
11. Диафрагмально-речевое дыхание в норме	11. Дыхание поверхностное, ключичное, диафрагмально-речевое, несформировано
12. В контакт ребенок входит легко. Его поведение адекватное	12. Поведение неровное, часты смены настроения
13. Память, внимание, работоспособность, мыслительные процессы, интеллект — в норме, редко наблюдается задержка психического развития (з.п.р.)	13. Память снижена, кратковременна. Внимание неустойчивое, низкая работоспособность. Интеллект снижен, чаще задержка психического развития (з.п.р.), возможна олигофрения в степени дебильности
14. Дети активны, подвижны, занимаются охотно, без особого труда переключаются с одного вида дея-	14. Медлительны или расторможены, уклоняются от занятий, жалуются на головную боль, с трудом переключают-

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСЛАЛИЙ, ДИЗАРТРИЙ, АЛАЛИЙ

Ребенка, имеющего дизартрию, выдает «диагноз на лице», виден визуально, без специального обследования. Прежде всего, это маловыразительная мимика, лицо амимично, наблюдается сглаженность носогубных складок, рот часто приоткрыт из-за пареза круговой мышцы. Возможна асимметрия лица, черепа, рта, глазных щелей. Наблюдается дискоординация общей моторики, ручного и орального праксиса, в результате — смазанность произношения, трудности при рисовании, письме, овладении культурно-гигиеническими навыками: такие дети долго едят, неопрятны, с трудом застегивают пуговицы, шнуруют обувь. Характерна быстрая утомляемость, истощаемость нервной системы, низкая работоспособность, нарушение внимания и памяти.

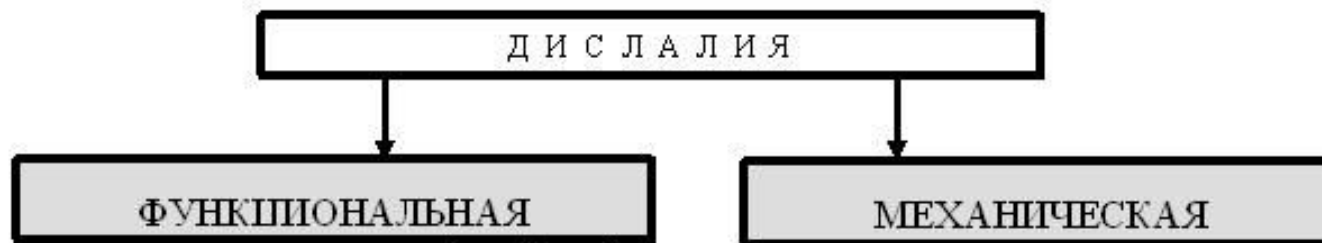
ДИСЛАЛИЯ

ДИСЛАЛИЯ



ВОЗРАСТ РЕБЕНКА	ЗВУКИ, ПОЯВИВШИЕСЯ В РЕЧИ В НОРМЕ
1 г. -1,5 г.	Б, Т, К, Ч
1,5 г. -2 г.	Л, Ф, В, ТЬ, ДЬ, НЬ, ЛЬ, Ч, Х
2г. - 2 г. 6 мес.	СЬ, ЗЬ, НЬ, БЬ, МЬ, Т, Д, Н
2 г. 7 мес. – 3г.5 мес.	ФЬ, ВЬ, С, З, ХЬ, Л
3г. 5 мес. - 4 г.	Ч, Щ
4г. – 4г. 6 мес.	Ш, Ж, РЬ, Р

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСЛАЛИИ



- НЕПРАВИЛЬНАЯ РЕЧЬ ОКРУЖЕНИЯ
- ДВУЯЗЫЧИЕ В СЕМЬЕ
- ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЗАПУЩЕННОСТЬ
- НЕДОРАЗВИТИЕ ФОНЕМАТИЧЕСКОГО СЛУХА
- НЕДОСТАТОЧНАЯ ПОДВИЖНОСТЬ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АП-ТА

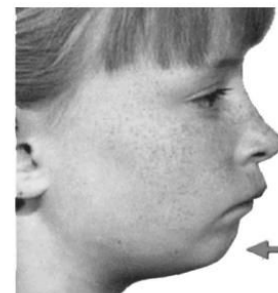
- ОТКЛОНЕНИЕ В СТРОЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РЕЧРВОГО АППАРАТА



УКОРОЧЕННАЯ ПОДЪЯЗЫЧНАЯ УЗДЕЧКА



ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС



ПРОГНАТИЯ

ДИСЛАЛИЯ

Артикуляторно-фонетическая

Акустико-фонематическая

Артикуляторно-фонематическая

- НАРУШЕНИЕ РЕЧЕВОЙ МОТОРИКИ = НЕПРАВИЛЬНО СФОРМИРОВАННЫ
- Артикуляторные позиции
- ЗАДЕРЖКА ФОРМИРОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ АРТИКУЛЯЦИЕЙ
- НАРУШЕНИЕ ОПОЗНАНИЯ ФОНЕМ ПО ПРИЗНАКАМ
- ДЕФЕКТЫ ЗВКОПРОИЗНОШЕНИЯ СХОДНЫХ ПО АРТИКУЛЯЦИИ ЗВУКОВ

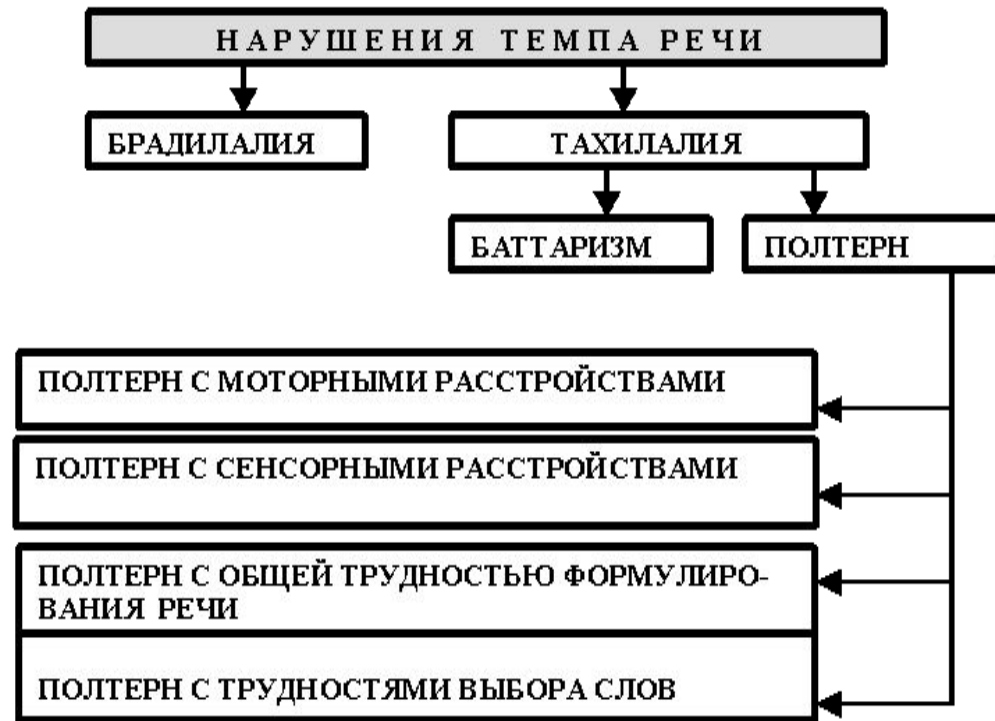
- В ОСНОВЕ НЕДОСТАТОЧНАЯ СФОРМИРОВАННОСТЬ ФОНЕМАТИЧЕСКОГО СЛУХА-
- НАРУШЕН ПРИЕМ РЕЧИ
- НАРУШЕНИЕ ФОНЕМАТИЧЕСКОГО СЛУХА
- НАРУШЕНИЕ ОПОЗНАНИЯ ФОНЕМ ПО АКУСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ
- ДЕФЕКТЫ ЗВКОПРОИЗНОШЕНИЯ ЗВОНКИХ/ГЛУХИХ, ТВ/МЯГКИХ
- СТРАДАЕТ ОПЕРАЦИЯ ВЫДЕЛЕНИЯ КОНКРЕТНОЙ ФОНЕМЫ

- НЕСФОРМИРОВАННОСТЬ ОПЕРАЦИЙ ОТБОРА ФОНЕМ ИЗ-ЗА НЕСФОРМИРОВАННОСТИ АРТИКУЛЯТОРНОЙ БАЗЫ ИЛИ НЕВЕРНОМУ ОТБОРУ АРТИКУЛЯЦИИ
- Т.Е.НАРУШЕНИЕ ОТБОРА ФОНЕМ ПО ИХ АРТИКУЛЯТОРНЫМ ПРИЗНАКАМ

НАРУШЕНИЯ ТЕМПА РЕЧИ

НАРУШЕНИЯ ТЕМПА РЕЧИ

Классификация нарушений темпа речи



Количество фонем, произносимых за 1 секунду в норме и при изменении темпа речи

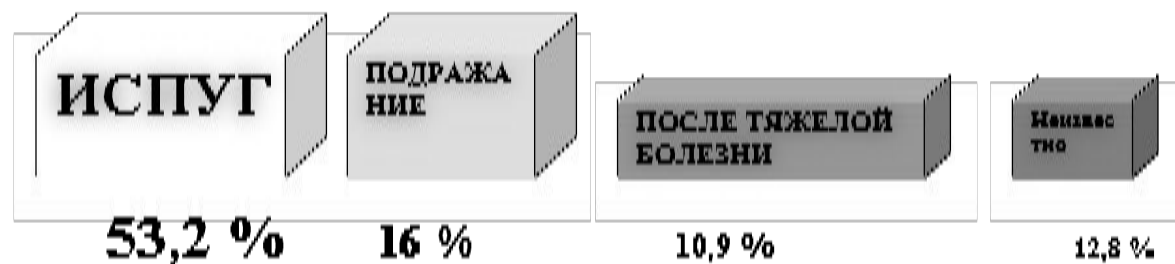
Брадилалия	Норма	Тахилалия
4-6 звуков/сек	8-12 звуков/сек	20-30 звуков в секунду

ХАРАКТЕРИСТИКИ ТАХИЛАЛИИ И ЗАИКАНИЯ

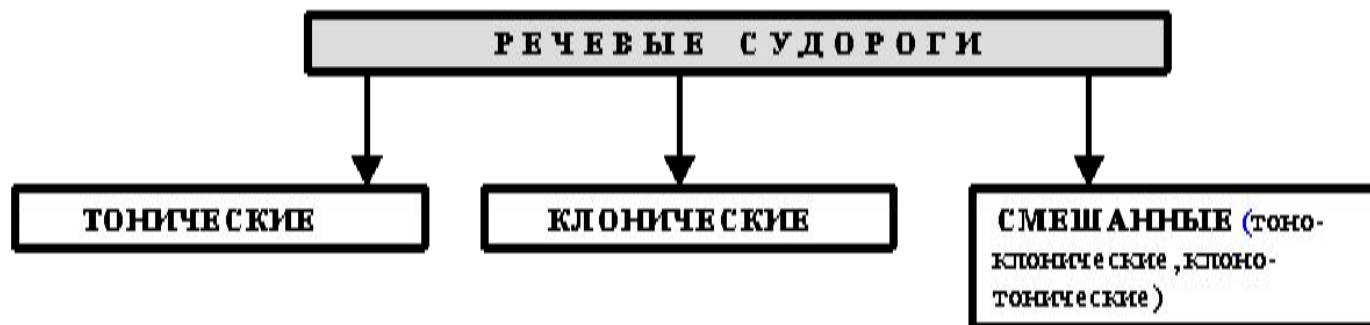
Фактор	Тахилалия	Заикание
Осознание дефекта	отсутствует	имется
Речь при напряжении	лучше	хуже
Привлечение внимания к речи	улучшает речь	улучшает
Речь требующая конкретных точных ответов	лучше	хуже
Чтение хорошо знакомого текста	хуже	лучше
Чтение незнакомого текста	лучше	хуже
Письмо	торопливое, повторяющееся, с неясным почерком	сжатое, напряженное, заторможенное
Отношение к собственной речи	безразличное, небрежное	боязливое
Психологические переживания	отставленные	опережающие
Академические способности	не достигают возможного уровня, хотя хорошие и высокие	хорошие и высокие
Электронцефалограмма	дизартрия	чаще норма
Эффект Ли	ухудшение речи	улучшение речи
Аминазин	улучшение	ухудшение
Психометрические средства	ухудшение	улучшение
Желание лечиться	очень небольшое или отсутствует	большое
Цель терапии	направить внимание на детали речи	отвлечь внимание от деталей

ЗАЯВЛЕНИЕ

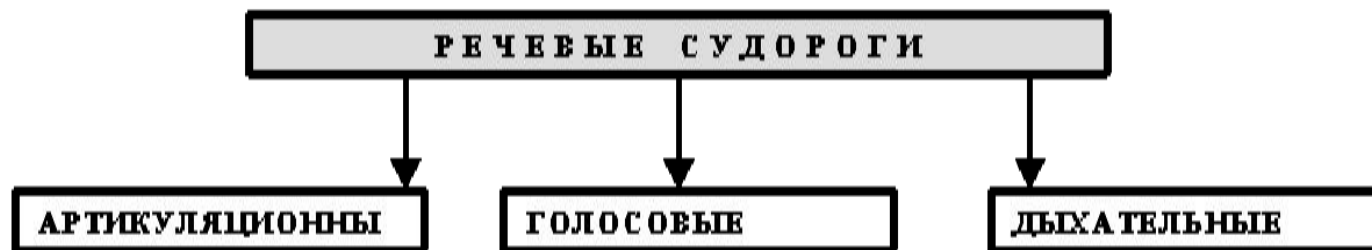
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАИКАНИЯ



Типы речевых судорог



Локализация судорог



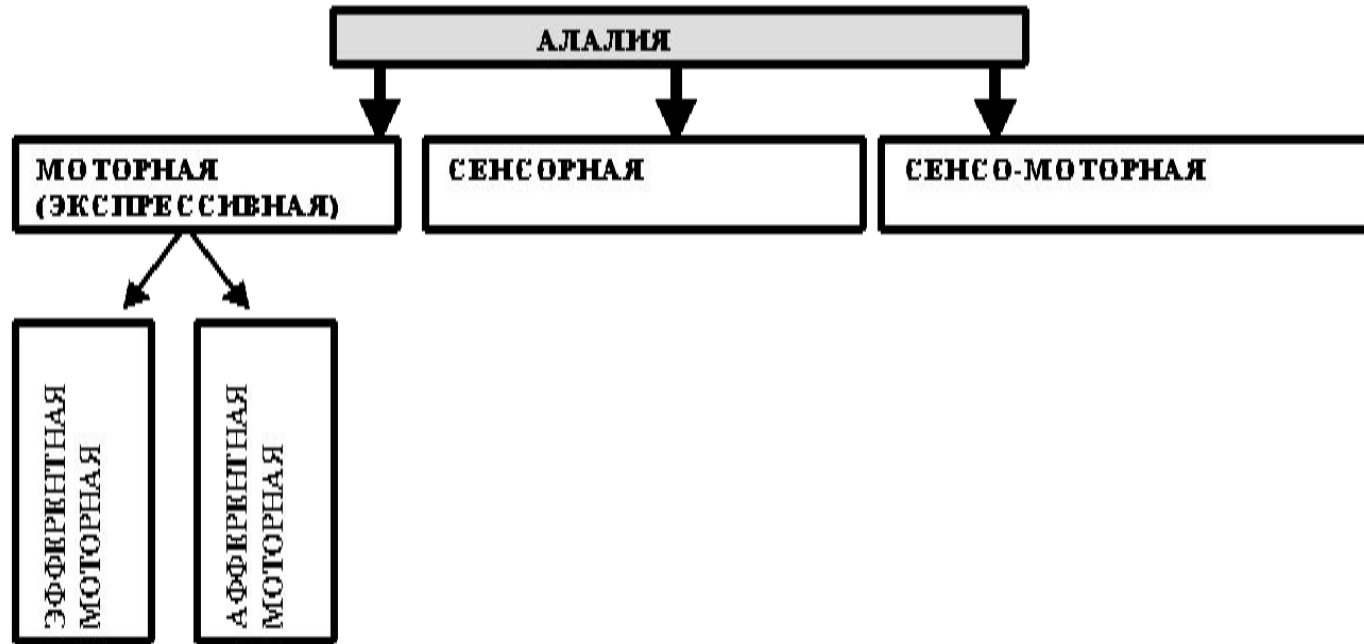
Сравнительная характеристика различных форм заикания

Показатели	Неврогическое	Неврозоподобное	Смешанное
Речевая активность	Резко снижена	Объемно повышена	Повышена до появления невротических наслоений, затем снижается
Локализация судорог	Преобладают дыхательно-вокальные	Преобладают в артикуляционном аппарате	Во всех группах мышц, связанных с речью
Темп речи	Различный	Тахилалия	Тахилалия
Звукопроизношение	Без особенностей	Часто дислалия, реже дизартрия	Различное
Выразительность речи	Различная	Речь не выразительная, монотонная, глуховатая	Речь не выразительная, монотонная, глуховатая
Психомоторика (включая логомоторику)	Без выраженных особенностей	Неуклюжесть, плохой почерк, выла и мямлика, скованность и однообразие движений	Различная
Раздувание крыльев носа во время речи	Типично	Непостоянно	Непостоянно
Сопутствующие движения	Часты. Характер их изменчив	Очень часты. Стереотипны	Постоянны и чаще всего однообразны
Фиксация на трудных звуках	Выражена	Слабее, чем при невротическом заикании	Более или менее выражена
Течение заикания	Волнообразное, выраженность заикания зависит от выраженности психотравмирующих переживаний	Более или менее постоянное, с периодами ухудшения, зависящими от степени переутомления, речевой нагрузки, соматического состояния	Зависит от психофизиологического состояния, поэтому волнообразное
Усиленная фиксация на речи	Типична	Нет	Встречается часто
Психомоторное развитие	Различное, порой ускоренное	С задержкой	С задержкой
Развитие навыков самообслуживания	Без заметных отклонений	С задержкой	С задержкой
Леворукость	Как в популяции	Часта	Часта
Речевая патология у близких родственников	Редка	Часта	Часта
Сроки и обстоятельства появления заикания	После психических травм в любом возрасте, но, как правило, в 3-7-летнем возрасте	В период становления речи	Неврозоподобное заикание в период становления речи, а невротические наслоения значительно позже (обычно в 12-15-летнем возрасте)
Акцентуации личности	Характерны	Не характерны	Могут иметь место
Интеллект	Не страдает	Может быть снижен	Может быть снижен

АЛАЛИЯ

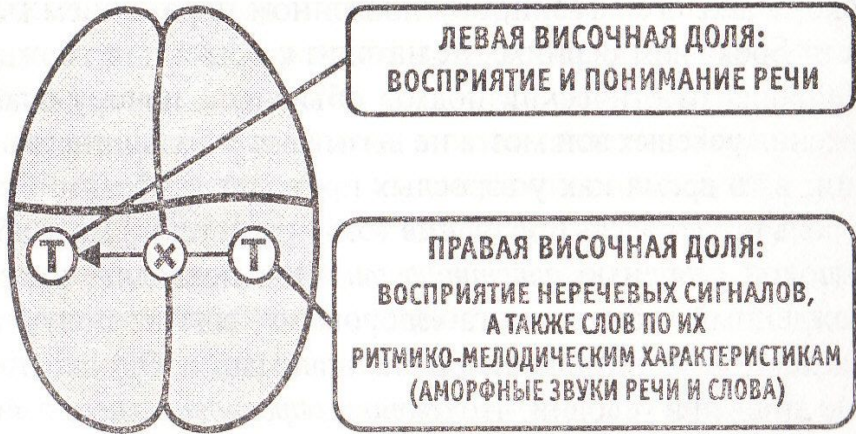
АЛАЛИЯ

Классификация алалии

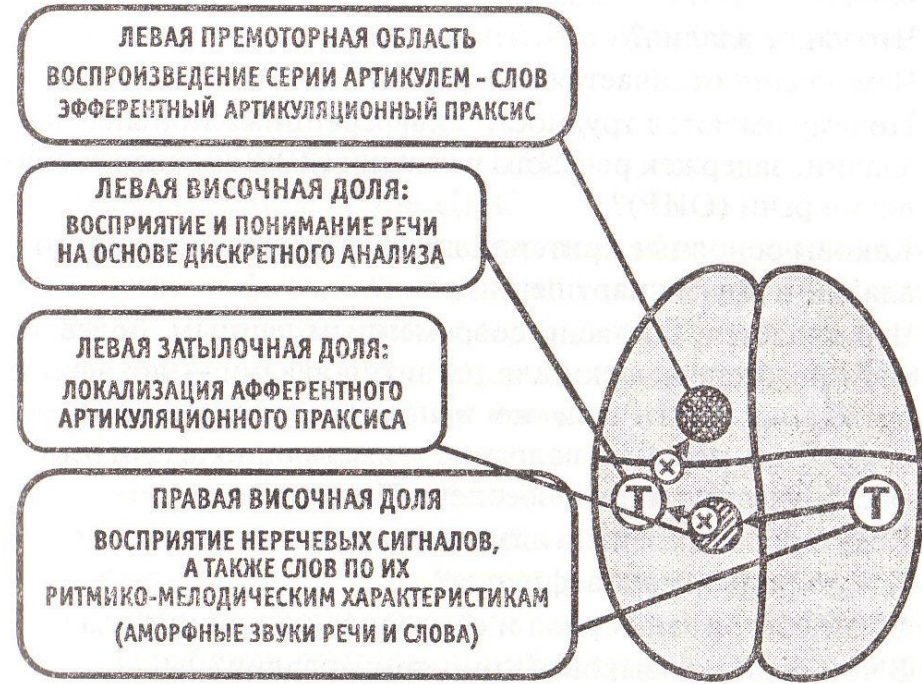


МЕХАНИЗМЫ АЛАЛИИ

МОЗГОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ СЕНСОРНОЙ АЛАЛИИ



МОЗГОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ МОТОРНОЙ АЛАЛИИ



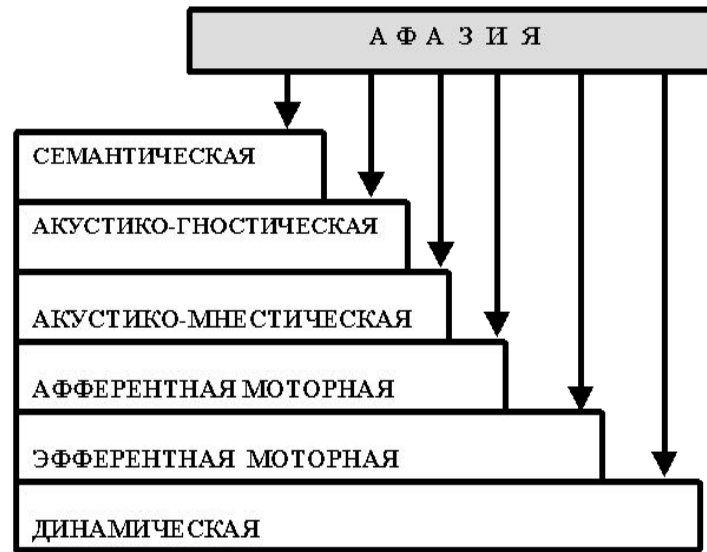
По своим проявлениям корковую дизартрию иногда смешивают с моторной алалией, так как очаг локализации – кора головного мозга

Произношение звуков у детей с алалией	Произношение звуков у детей с дизартрией
1. Общая характеристика произношения звуков	
1) Достаточная сохранность моторной деятельности артикуляторного механизма 2) Характерны преимущественно фонематические нарушения, наиболее ярко проявляющиеся на знаковом уровне деятельности артикуляторного механизма 3) Многие звуки, подверженные нарушениям (искажениям, заменам, пропускам), имеют одновременно и правильное произношение 4) Разнотипные нарушения произношения звуков, его искажения, замены, пропуски. 5) В нарушениях произношения доминируют замены звуков	1) Выраженное нарушение артикуляторного механизма 2) Преимущественно характерны фонетические нарушения 3) Изолированные звуки, подверженные нарушениям (искажениям, заменам, пропускам), имеют одновременно и правильное произношение 4) Однотипные нарушения произношения звука (только его искажения, замена либо пропуск) 5) В нарушениях произношения доминируют искажения звуков
2. Искажения звуков	
1) Искажение небольшого количества звуков 2) Искажение преимущественно сложных по артикуляции звуков. 3) Для некоторых искажающихся звуков свойственно сосуществование искаженной и правильной артикуляции	1) Искажение большого количества звуков 2) Искажение и сложных и простых по артикуляции звуков 3) Для всех искажающихся звуков свойственно постоянное искажение
3. Замены звуков	
1) Замены артикуляторно сложных звуков 2) Непостоянные замены звука 3) Разнообразные замены звука 4) Взаимозамены звуков сравнительно часты	1) Замены преимущественно артикуляторно сложных звуков 2) Постоянные замены звука 3) Однообразные замены звука 4) Взаимозамены звуков сравнительно редки
4. Пропуски звуков	
1) Непостоянные пропуски 2) Пропуски как артикуляторно сложных, так и простых звуков	1) Постоянные пропуски 2) Пропуски преимущественно артикуляторно сложных звуков

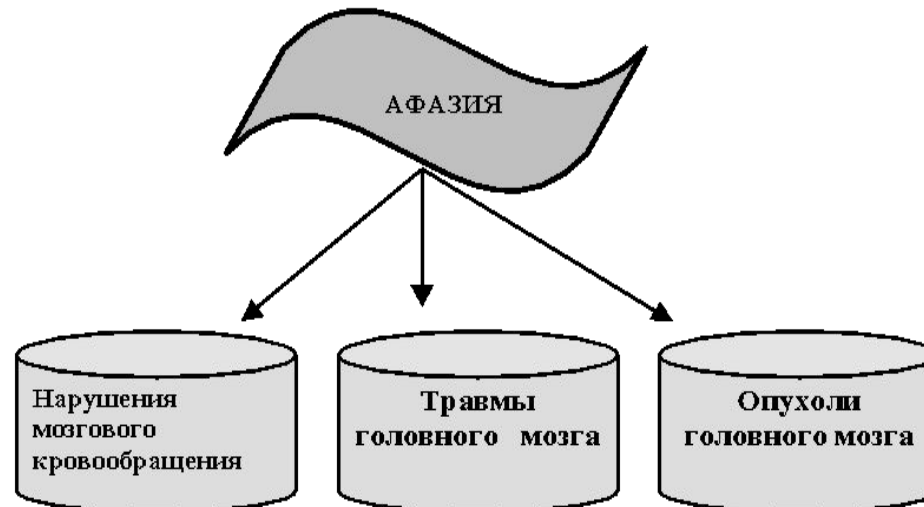
АФАЗИЯ

АФАЗИЯ. ЛОКАЛИЗАЦИЯ АФАЗИЙ

Афазия является потерей способности говорить, слушать, читать и писать, в результате черепно-мозговой травмы или инсульта. Инсульт является наиболее распространенной причиной **афазии**, но причиной возникновения **афазии** может быть также черепно-мозговая травма, инфекция или опухоль.



Причины афазии



ЛОКАЛИЗАЦИЯ

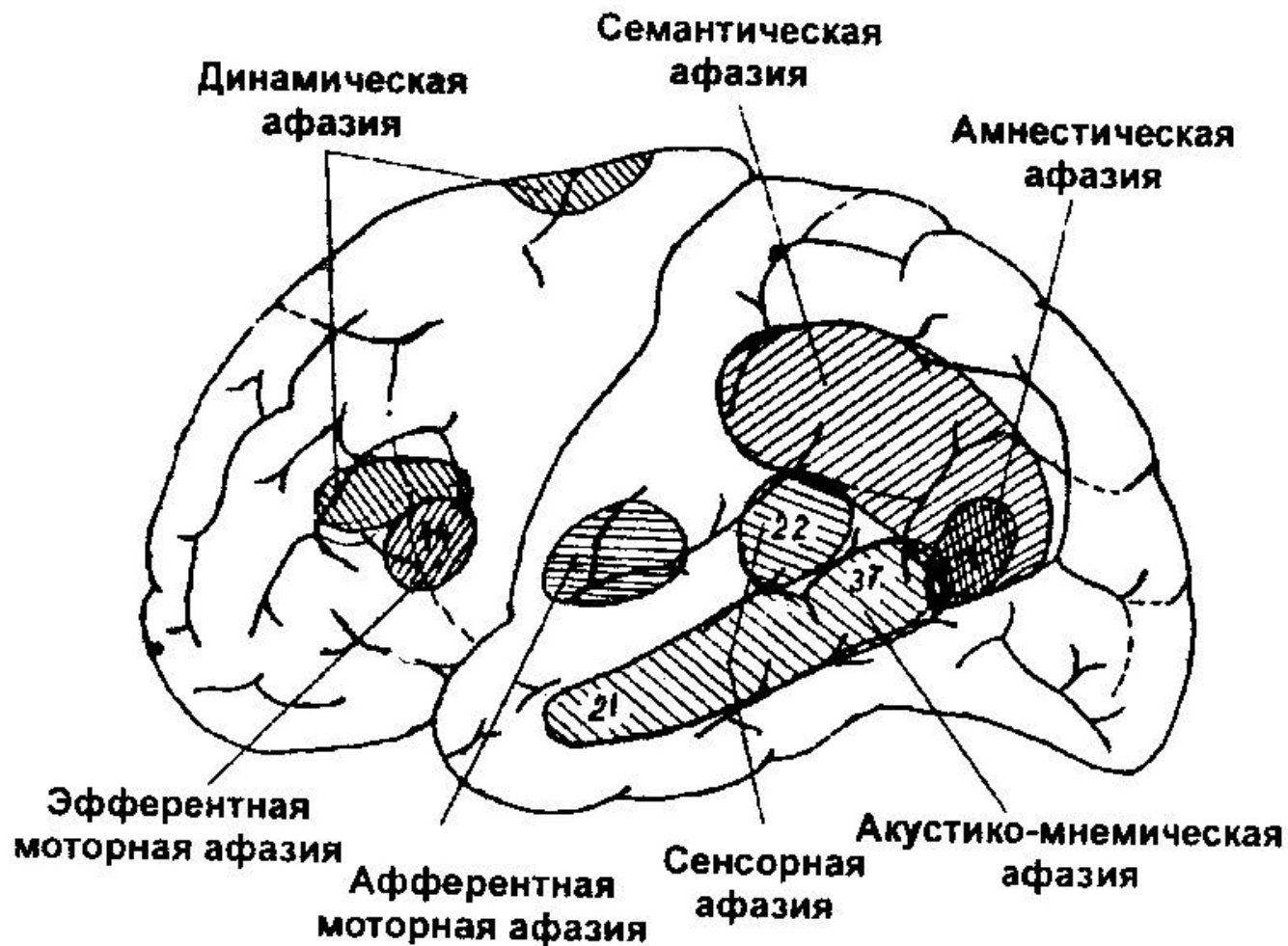
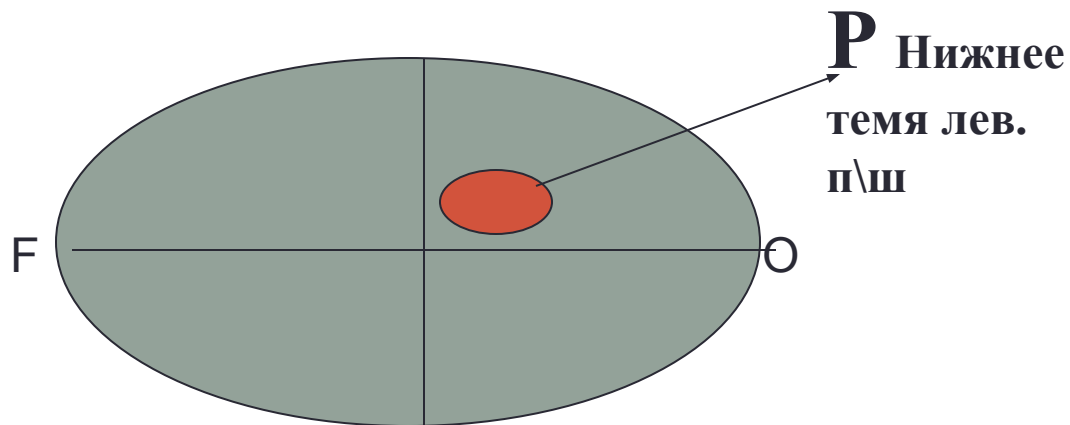


Рис. 7. Схема локализации разных форм афазии в левом полушарии коры головного мозга: передняя и задняя речевые зоны (по А. Р. Лурии)

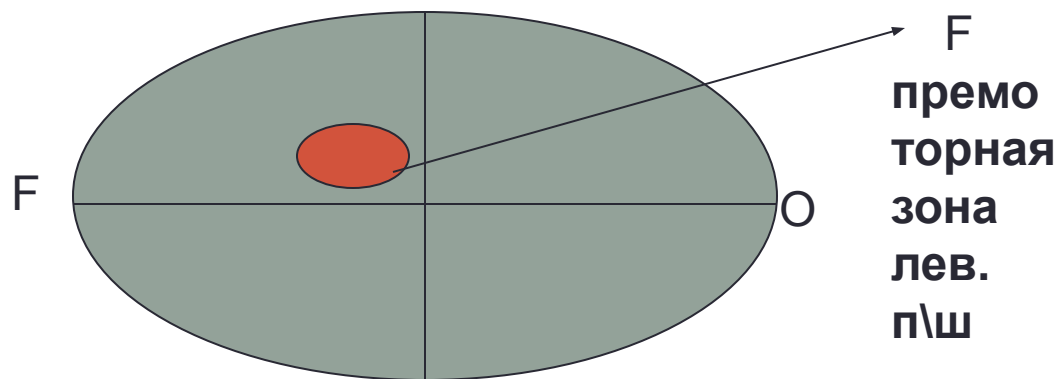
Афферентная артикуляционная апраксия

Афферентная - поражение постцентральной, нижнетеменной зоны мозга. Основным симптомом – распад обобщенного образа артикулемы



Этот вид апраксии
лежит в основе
развития
афферентной
моторной афазии

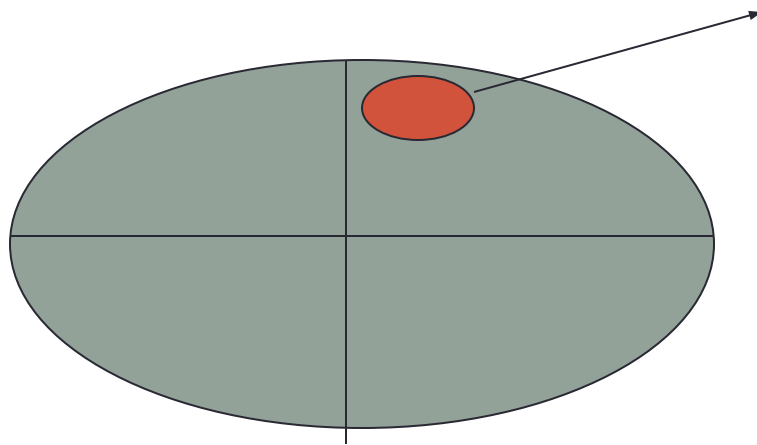
- Эфферентная – поражение прецентральной, премоторной зоны мозга. Основным симптомом – нарушение серийной организации артикуляционного акта



Этот вид апраксии
лежит в основе
развития
эфферентной
моторной афазии

Речевая слуховая агнозия

неспособность к актуальному членению речевого потока и звукоразличению

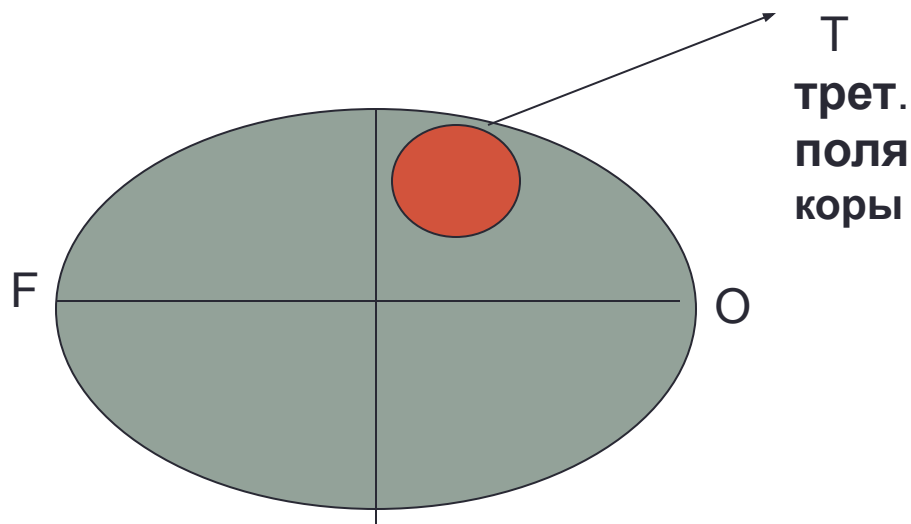


Т
вторич
ные
поля
височ
ной
доли
лев.
п\ш

Речевая слуховая агнозия лежит в основе развития сенсорной афазии

Нарушение фонематического слуха

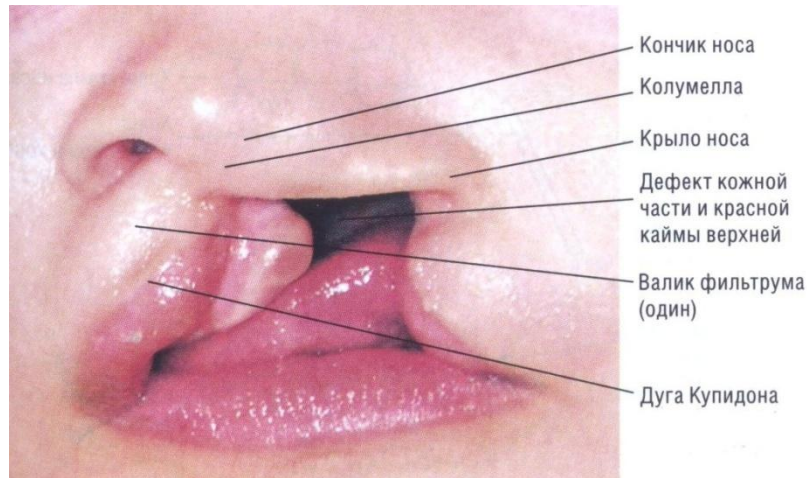
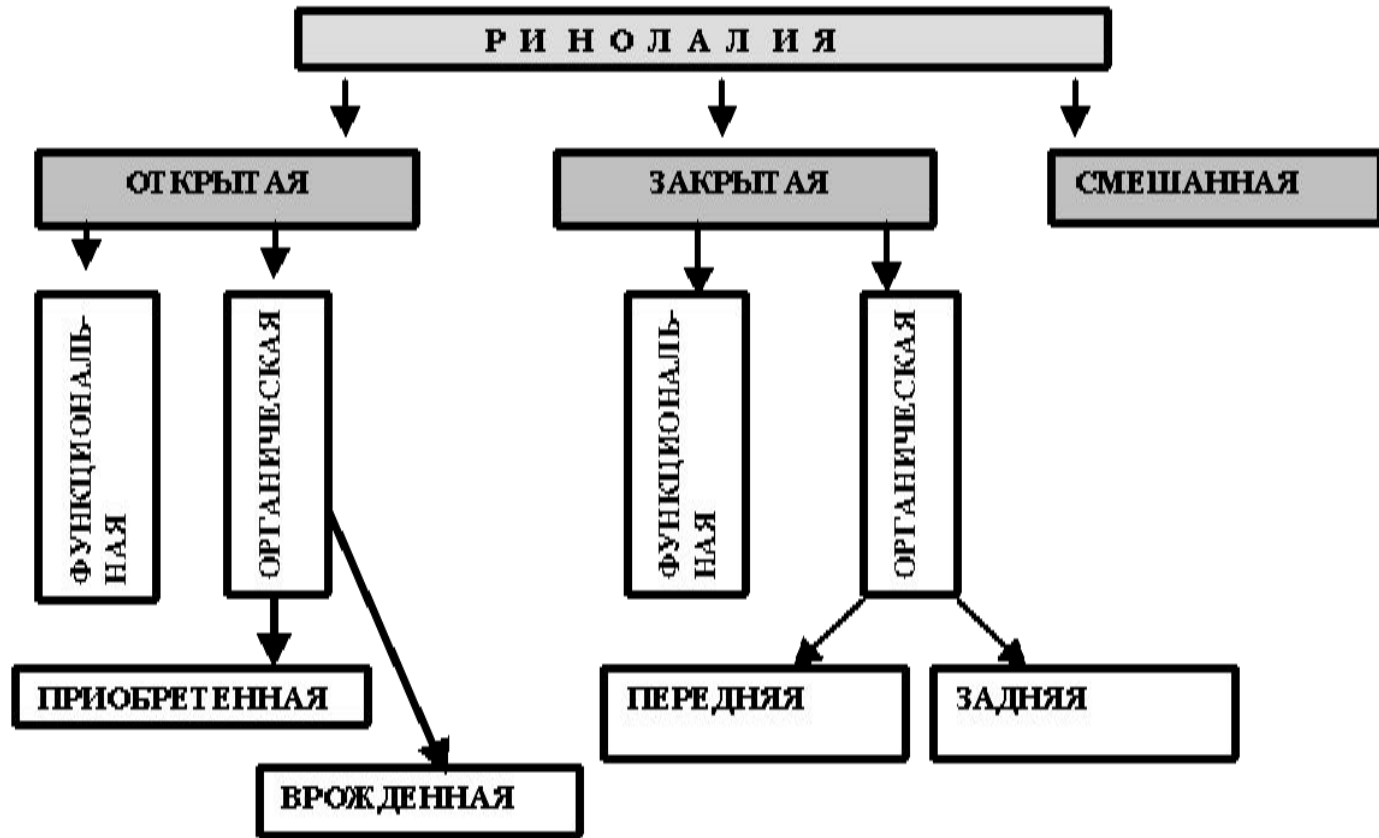
неспособность к дифференциации фонем



Нарушения фонематического слуха также лежат в основе развития сенсорной афазии

РИНОЛАЛИЯ

РИНОЛАЛИЯ



Ринолалия (от греч. rhinos – нос, lalia- речь) – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Это одно из самых тяжелых речевых нарушений.

Врожденные расщелины губы и неба являются в настоящее время одним из самых тяжелых и распространенных пороков развития и занимают 3-4 место в структуре врожденной патологии.

Установить точную причину в каждом конкретном случае, как правило, невозможно. Известные провоцирующие факторы представлены сегодня двумя группами:

1. Факторы окружающей среды

Внутриутробные инфекции. (Наиболее опасны цитомегаловирусная инфекция, герпес I-II типа, токсоплазмоз, краснуха, грипп, вирусный гепатит, паротит, хламидиоз, сифилис, микоплазмоз и др. инфекции, передающиеся половым путем).

Химические (анилиновые красители, нефтепродукты, вещества, используемые при производстве пластмасс, вискозных волокон) и Физические агенты (высокие температуры производственных помещений, ионизирующая радиация, т.е. работа одного из родителей на вредных производствах).

Лекарственные средства (витамин А, кортизон, барбитураты, цитостатика, применение во время беременности любых лекарственных препаратов не исключает тератогенных эффектов).

Алкоголь, курение, наркотики.

Пожилый возраст родителей, неблагоприятные социально-экономические условия.

2. Наследственные факторы

Особое внимание нужно уделить наследственным синдромам – это заболевания, представленные совокупностью определенных пороков развития, передающихся из поколения в поколение, включающим в свой состав расщелины губы и неба (около 300 синдромов).

1й этап – операционное вмешательство



Фото ребенка с правосторонним сквозным несращением верхней губы, альвеолярного отростка и нёба



Фото того же ребенка сразу после хейлопластики



Фото ребенка с левосторонним несращением верхней губы и неба



Фото того же ребенка сразу после хейлопластики



Фото ребенка с правосторонним сквозным несращением верхней губы и нёба

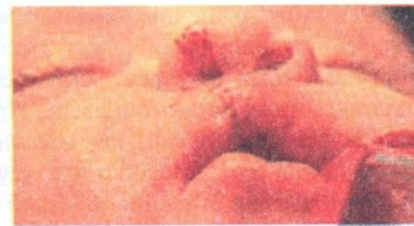


Фото того же ребенка сразу после хейлопластики, правая ноздря затампонирована

По клинико-педагогической классификации, ринолалия – это нарушение произносительной стороны речи, а именно внешнего оформления высказывания. Довольно часто детям после пластики губы и неба даются ошибочные заключения. В связи с этим желательно остановиться на признаках ринолалии и ее дифференциальной диагностике с другими речевыми расстройствами :

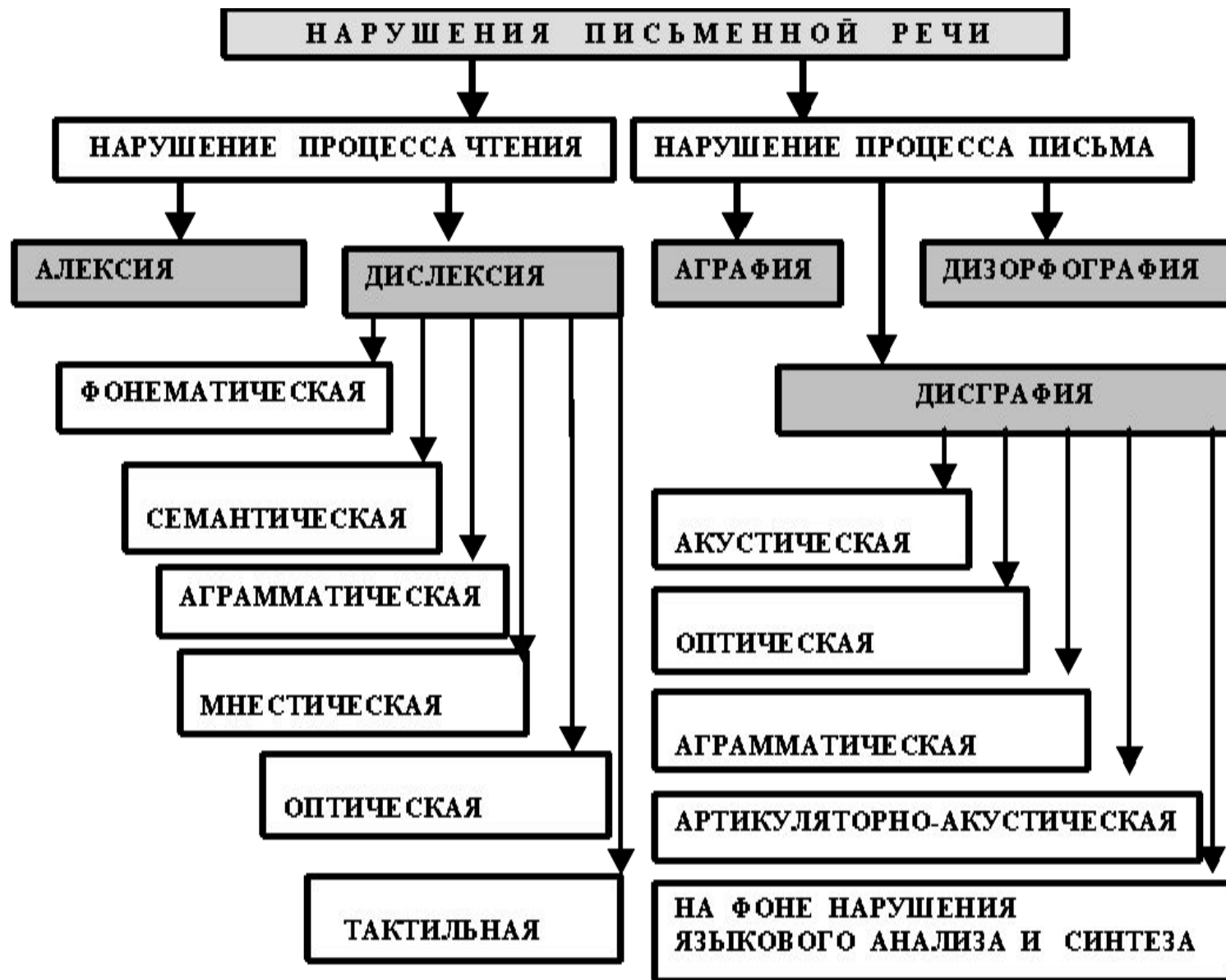
	ДЫХАНИЕ	РОТОВОЙ ВЫДОХ	СТРОЕНИЕ РА	ИННЕРВАЦИЯ МЫШЦ РА	БАЛАНС РЕЗОНИРОВАНИЯ	ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЕ
ДИСЛАЛИЯ	N	N	Может быть нарушено	сохранна	сохранен	нарушено
ДИЗАРТРИЯ	Может быть нарушено	Может быть нарушено	N	нарушена	Может быть нарушен	нарушено
ДИСФОНΙΑ	Может быть нарушено	Может быть нарушено	Может быть нарушено	Может быть нарушено	N	сохранно
РИНОФОНΙΑ	нарушено	Смешанный (с носовым)	нарушено	Может быть нарушено	N	сохранно
РИНОЛАЛИЯ	нарушено	Не сформировано	нарушено	сохранна	нарушен	нарушено

Время формирования ринолалии- период овладения ребенком активной речью. Ринолалия не может сформироваться в дошкольном или школьном возрасте, даже в случае приобретенной патологии небно-глоточного затвора(мягкого неба). В этом случае может быть ринофония, дизартрия, но не ринолалия, так как артикуляционная база уже усвоена ребенком.

Степень выраженности ринолалии различна, однако имеет тотальный характер нарушения. То есть нарушаются не только артикулярно сложные звуки, но и гласные, губно-губные, губно-зубные, заднеязычные группы звуков.

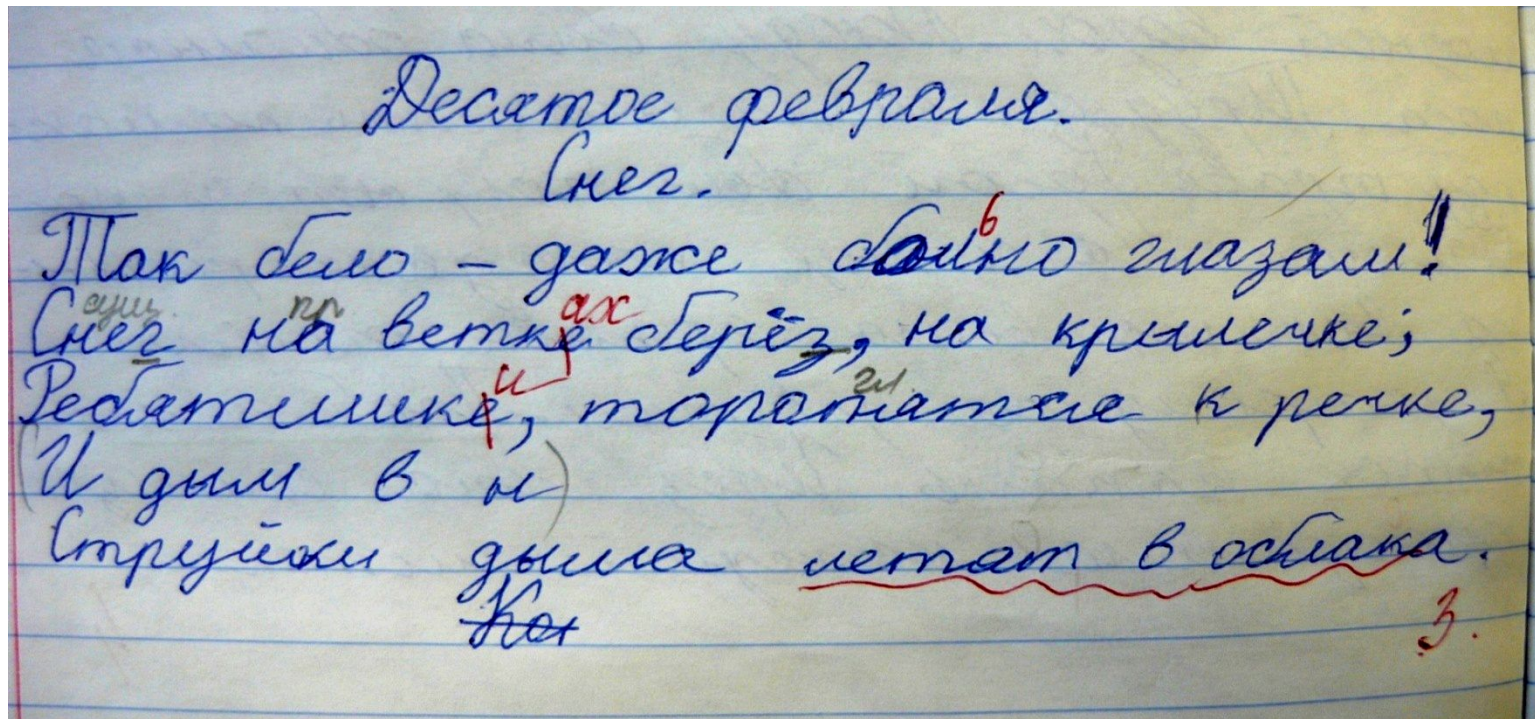
НАРУШЕНИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ

НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССА ЧТЕНИЯ И ПИСЬМА



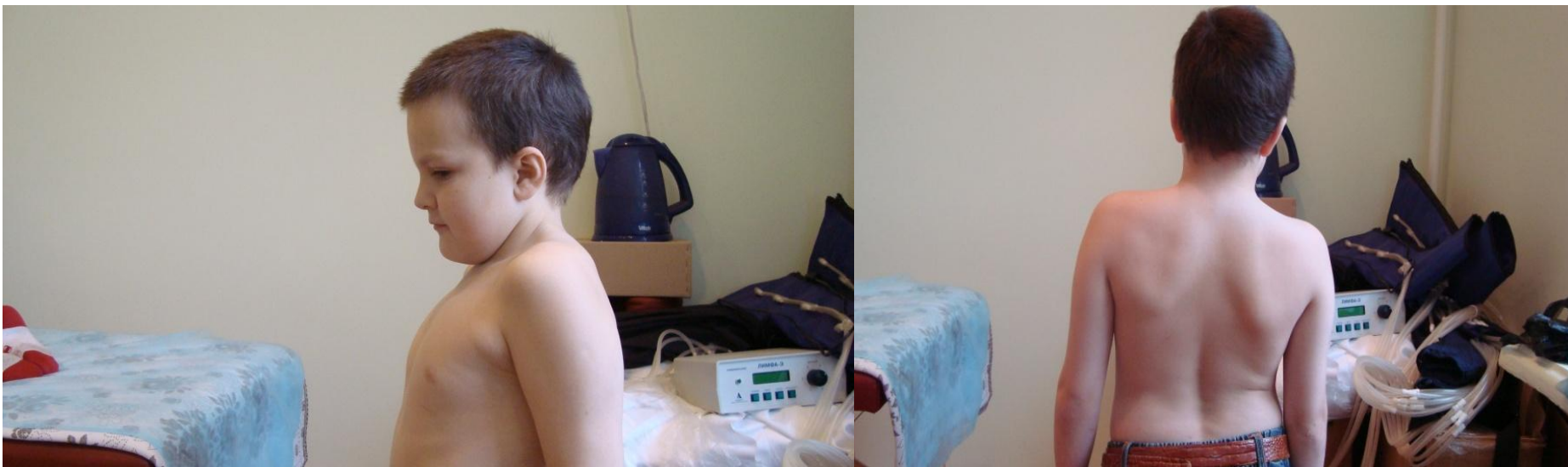
В психолого-педагогическом исследовании отмечены:

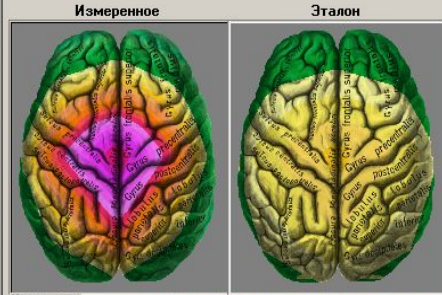
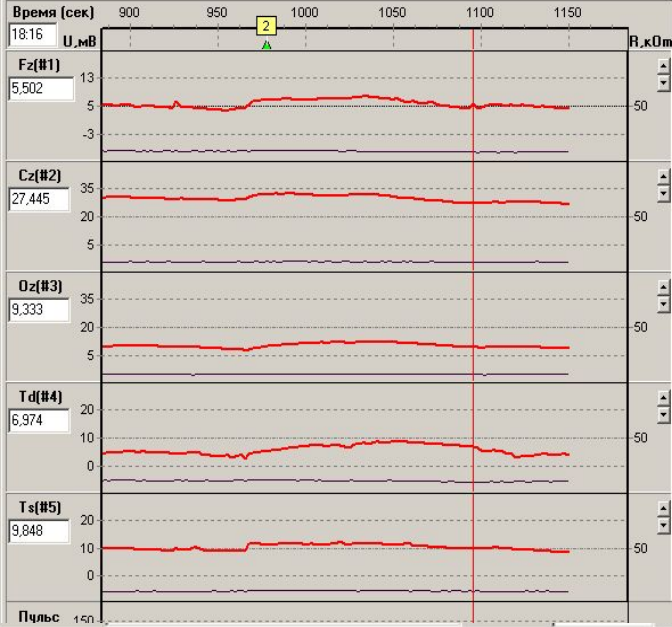
- трудности в обучении
- недостаточная сформированность зрительно-моторных координаций (Неспособность скопировать графический элемент, букву (неровные штрихи, тремор)
- недостаточная сформированность зрительно-пространственного восприятия (Не «видит» строку, нарушает соотношение элементов буквы, путает буквы «в-д», пишет «лишние элементы»: «и-ш», «л-м» или, наоборот, не дописывает)
- недостаточная сформированность моторных функций (Сильный нажим, тремор)
- недостаточная сформированность фонетико-фонематического восприятия и звуко-буквенного анализа
- низкая, неустойчивая работоспособность
- трудности концентрации внимания
- недостаточная сформированность зрительной памяти
- ухудшение общего функционального состояния (утомление, напряжение)



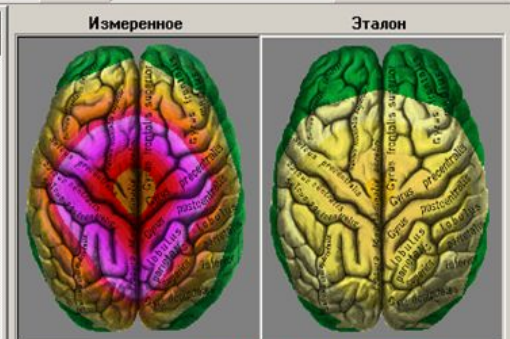
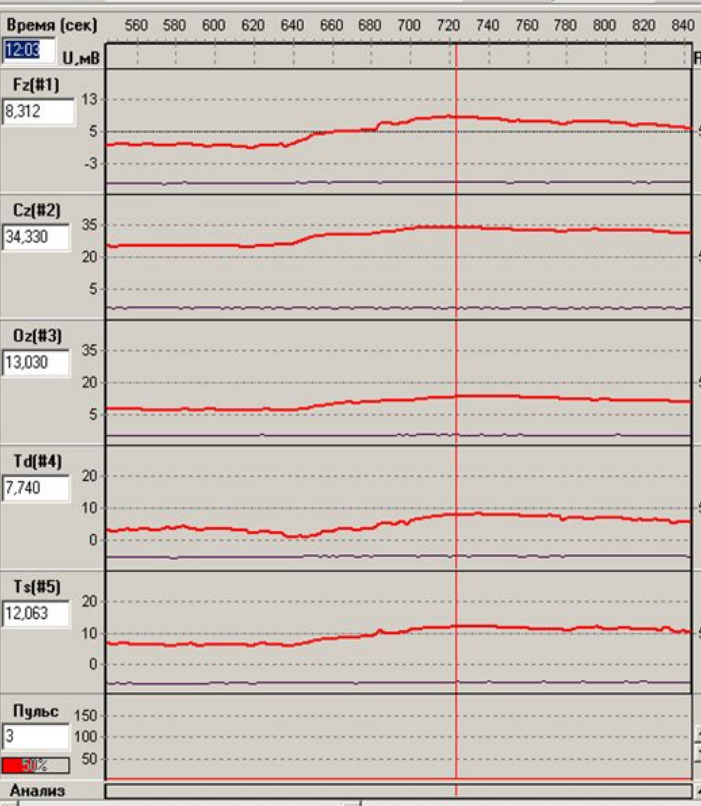
В клинической картине отмечены:

- головная боль
- тяжесть в затылке,
- головокружение,
 - мелькание «мушек», - появление радужных кругов,
 - напряжение в шейном отделе, позвоночника,
 - зависимость от перемены погоды, психоречевые нарушения, нарушение сна.





	Измерения		Эталон
	мВ	кОм	мВ
Fz	5.502	8.827	8.500
Cz	27.445	9.260	13.900
Oz	9.333	7.536	10.800
Td	6.974	10.328	10.600
Ts	9.848	10.585	10.600



	Измерения		Эталон
	мВ	кОм	мВ
Fz	8.312	9.577	8.500
Cz	34.330	9.489	13.900
Oz	13.030	8.355	10.800
Td	7.740	11.909	10.600
Ts	12.063	10.564	10.600

НАРУШЕНИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ

Отягощенный анамнез как фактор возникновения леворукости

1. Генетический (3-11 %)

Праворукие родители - вероятность леворукого ребенка 2-6,3%

1 пр., 1 лев. 17%

Оба родителя леворукие 46-50%

2. Патологический (компенсаторный) 5-10%

Множественные факторы риска в пре- и перинатальном развитии ребенка.

3. **Вынужденный (травматический)** – единичные случаи.

4. **Социально-средовой** – единичные случаи.

5. **Комплексный (комбинированный)** – сочетание генетических и средовых, компенсаторных и средовых факторов.

Факторы риска	Авторы
<ul style="list-style-type: none">❖ Неблагоприятное протекание беременности (токсикоз первой и второй половины беременности, резус-конфликт, угроза выкидыша, возраст матери на период беременности)❖ Патология родов (травматичное родовспоможение в виде выдавливания плода, наложения щипцов, асфиксия в родах, кесарево сечение, недоношенность, роды на дому, стремительные или затяжные роды)❖ Нарушение раннего развития❖ Тяжелые заболевания в раннем развитии❖ Травмы❖ Операции	Доброхотова, Брагина, 1994; ВрасДунайкин, 2001; Kieler et. al., 2001; Москвин, Котилевский, 1987; Безруких, Ефимова, 1991; Bakan, 1977; Smart et. al., 1980; Введенский, 1982; Badian, 1983; Coren, 1995; Bradshaw-McAnulty et. al., 1984; Ефимова, Лосева, 1987; Громбах, 1988; Волкова, 2003; Русова, 1998; Ляпидевский, 2000; Манелис, 2001; Bradshaw-McAnulty et. al., 1984 kenbridge, 1981; Строганова с соавт., 2003;

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ

**(ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ДЕСЯТОГО ПЕРЕСМОТРА:
МКБ-10)**

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ

(По Международной классификации болезней десятого пересмотра: МКБ-10)

Специфические расстройства развития речи и языка (F80)

Расстройства, при которых нормальный характер приобретения языковых навыков страдает уже на ранних стадиях развития. Эти состояния непосредственно не соотносятся с нарушениями неврологических или речевых механизмов, сенсорной недостаточностью, умственной отсталостью или факторами окружающей среды. Специфические расстройства развития речи и языка часто сопровождаются смежными проблемами, такими, как трудности при чтении, правописании и произношении слов, нарушения межличностных отношений, эмоциональные и поведенческие расстройства.

F80.0 Специфическое расстройство речевой артикуляции

Специфическое расстройство, связанное с развитием, при котором употребление ребенком речевых звуков находится на уровне более низком, чем это соответствует его возрасту, но при котором уровень языковых навыков нормален. Связанное с развитием: физиологическое расстройство, расстройство речевой артикуляции, дислалия [косноязычие], функциональное расстройство речевой артикуляции, лепет [детская форма речи].

F80.1 Расстройство экспрессивной речи

Специфическое расстройство, связанное с развитием, при котором способность ребенка использовать разговорный язык находится на уровне, значительно более низком, чем соответствующий его возрасту, но при котором понимание языка не выходит за пределы возрастной нормы, аномалии артикуляции при этом могут быть не всегда. Связанная с развитием дисфазия или афазия экспрессивного типа.

F80.2 Расстройство рецептивной речи

Связанное с развитием специфическое расстройство, при котором понимание ребенком языка находится на более низком уровне, чем соответствующий его возрасту. При этом заметно страдают все стороны использования языка и имеются отклонения в произношении звуков. Врожденная неспособность слухового восприятия. Связанная с развитием: дисфазия или афазия рецептивного типа, афазия Вернике, невосприятие слов.

F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией [Ландау-Клефнера]

Расстройство, при котором ребенок, имевший ранее нормальный ход речевого развития, теряет рецептивные и экспрессивные языковые навыки, но сохраняет общий интеллект. Начало расстройства сопровождается пароксизмальными изменениями на ЭЭГ и в большинстве случаев эпилептическими припадками. Начало расстройства приходится обычно на интервал между тремя и семью годами жизни, причем потеря навыков происходит через несколько дней или недель. Временная связь между началом припадков и потерей языковых навыков вариабельна с предшествованием одного другому (или цикличностью) от нескольких месяцев до двух лет. Как возможная причина этого расстройства предполагается воспалительный процесс в головном мозге. Примерно две трети случаев характеризуются сохранением более или менее тяжелых недостатков восприятия языка.

F80.8 Другие расстройства развития речи и языка

Сюсюканье.

F80.9 Расстройства развития речи и языка неуточненные

Речевое расстройство БДУ (т.е. без дополнительных уточнений).

Специфические расстройства развития учебных навыков (F81)

Расстройства, при которых нормальные показатели приобретения учебных навыков нарушены, начиная с ранних стадий развития. Такое нарушение не является просто следствием отсутствия возможности обучаться или исключительно результатом умственной отсталости и не обусловлено полученной травмой или перенесенной болезнью головного мозга.

F81.0 Специфическое расстройство чтения

Основной чертой этого расстройства является специфическая, значительно выраженная недостаточность развития навыков чтения, что не может быть объяснено исключительно уровнем интеллекта, наличием проблем, связанных с остротой зрения или неадекватным обучением в школе. Затронутыми могут быть навыки чтения и узнавания читаемого слова, речевой навык чтения и выполнения задач, требующихся при чтении. С этим расстройством обычно сочетаются трудности правописания, которые часто сохраняются и в подростковом возрасте, даже если имеется определенный прогресс в чтении. В анамнезе лиц со специфическим, связанным с развитием расстройством чтения обычно имеют место расстройства освоения навыков речи или языковой лексики. Обычным является возникновение эмоциональных срывов и нарушений поведения в период обучения в школе. «Отсталое чтение». Дислексия развития. Специфическое отставание в чтении.

F81.1 Специфическое расстройство спеллингования

Расстройство, основной чертой которого является специфическая, значительно выраженная недостаточность развития навыков спеллингования при отсутствии в анамнезе специфического расстройства чтения. Оно не может быть объяснено низким уровнем интеллекта, наличием проблем, касающихся остроты зрения или неадекватным обучением в школе. Расстройство касается как умения правильно произнести слово по буквам, так и написать его грамотно. Специфическая задержка овладения навыком спеллингования (без расстройства чтения).

F81.3 Смешанное расстройство учебных навыков

Плохо очерченная оставшаяся группа расстройств, при которых имеет место значительная недостаточность как арифметических навыков, так и навыков чтения и правописания, которая не может быть объяснена исключительно умственной отсталостью или неадекватным обучением в школе. Эту рубрику следует использовать для расстройств, одновременно отвечающих критериям подрубрик

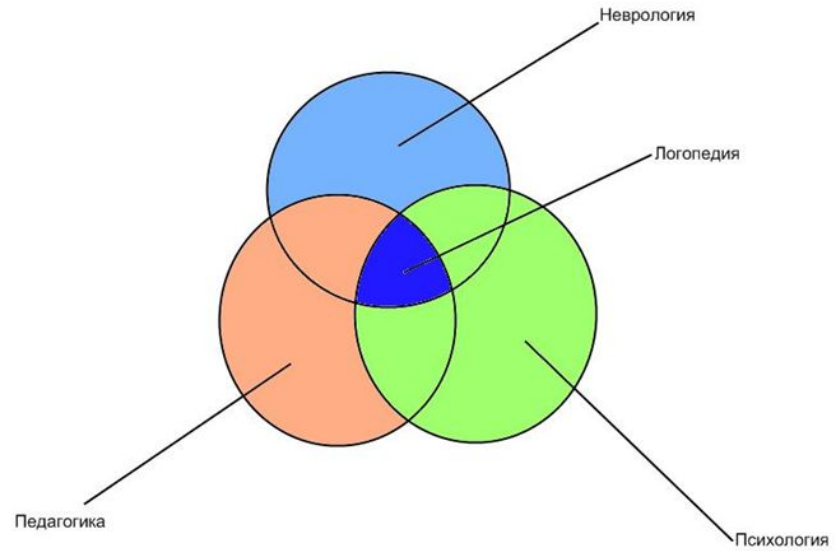
F81.0 и F81.1.

F81.8 Другие расстройства развития учебных навыков

Расстройство развития экспрессивного письма.

F83 Смешанные специфические расстройства психологического развития

В эту остаточную рубрику собраны нарушения, представляющие собой сочетание специфических расстройств развития речи и языка, учебных навыков и моторики, при которых дефекты выражены в равной степени, что не позволяет вычленить какой-либо из них как основной диагноз. Эту рубрику следует использовать лишь тогда, когда имеет место выраженное переплетение этих специфических расстройств развития. Эти нарушения обычно, но не всегда связаны с определенной степенью общей недостаточности познавательных функций. Таким образом, данную рубрику следует использовать в тех случаях, когда имеется сочетание дисфункций, отвечающих критериям двух или более рубрик: F80, F81 и F82.



Логопедическое заключение

Неврологические
(топические)
симптомы

Речевые
(нозологические)
симптомы

Нейропсихологические
(топические) симптомы