**Нарушения речи**

**----------------------------------------------------**

**Заикание**



**Заикание**— это нарушение [речи](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%87%D1%8C), которое характеризуется частым повторением или [пролонгацией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%22%20%5Co%20%22%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) звуков или слогов, или слов; или частыми остановками или нерешительностью в речи, разрывающей её ритмическое течение. Диагноз ставится, когда эти симптомы значительны. В отечественной логопедической литературе устоялось более простое, но только обобщающее предыдущие, определение заикания как «нарушения темпо-ритмической организации речи, обусловленного судорожным состоянием мышц речевого аппарата».

Синонимы: [*логоневроз*](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%B7), *логоклония*, *lalonevros*, *balbuties*.[  Обычно связано с [логофобией (вербофобией)](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D1%84%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%8F) — [фобией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%8F) говорить, являющейся следствием или причиной заикания.

**Типы заикания**

Формально принято выделять две формы заикания: тоническую, при которой возникает пауза в речи, либо какой-то звук растягивается, и клоническую, характеризующуюся повторением отдельных звуков, слогов или слов. Также выделяют смешанную форму заикания, при которой наблюдаются и тонические, и клонические судороги.

В другой классификации различают неврозоподобную и невротическую форму заикания. Неврозоподобная форма заикания подразумевает выраженный неврологический дефект, в частности, нарушения моторики в целом и артикуляции в частности; типична коморбидность с [дизартрией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F). При этом возможно возникновение невротических реакций, но течение заикания мало зависит от них. Дети, страдающие неврозоподобным заиканием, обычно поздно начинают говорить, вообще развиваются чуть медленнее сверстников. [ЭЭГ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%AD%D0%93) в большинстве случаев выявляет патологическое либо пограничное функционирование головного мозга.

При невротической форме заикания типично нормальное, либо раннее речевое и моторное развитие. Запинки изначально возникают на фоне стресса, как однократного (испуг), так и хронического. У таких детей отсутствуют выраженные неврологические нарушения, их ЭЭГ отражает более гармоничное функционирование мозга, чем в предыдущей группе. При этом выраженность заикания крайне зависит от функционального состояния: эти люди зачастую почти чисто говорят в спокойной обстановке, но в случае стресса (публичное выступление, разговор с незнакомым человеком, внезапно заданный вопрос) не могут сказать ни слова из-за сильных речевых судорог. Также отмечается сильная выраженность логофобии (страха речи) и избегающего поведения. В целом состояние этих больных соответствует критериям [невроза](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%B7), поэтому для невротической формы заикания чаще применяют термин «логоневроз», однако некоторые авторы используют его просто как синоним слова «заикание».

**Признаки**

Заикание клонической формы сопровождается прерываниями речи, которые могут выражаться в повторении отдельных звуков, слогов или целых фраз, в неестественных растягиваниях звуков (при клонической форме заикания звуки, слоги повторяются, например: «м-м-м-м-м-м-м-м-м-мячик», «па-па-па-па-па-паровоз», при тонической форме заикания часто возникают паузы в речи, например: «м….ячик», «авт…обус»).

Заикание почти всегда сопровождается напряжением, тревогой и страхом перед речью. При этом возможны неестественные движения, гримасы лица или [тики](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%82%D0%B8%D0%BA), с помощью которых заикающийся человек пытается преодолеть заикание. Часто при заикании наблюдаются разного рода [фобии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%B8%D1%81%D0%BE%D0%BA_%D1%84%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D0%B9), например социофобия, связанная со страхом перед речью. Возможны случаи [хикикомори](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B8%D0%BA%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%80%D0%B8).

**Распространённость**

Это заболевание возникает независимо от возраста, но чаще всего возникает у детей в [возрасте](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D0%B7%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82) от 2 до 6 лет, когда вырабатываются навыки речи. Мальчики в три раза больше подвержены заиканию, чем девочки. Иногда рецидив заикания случается у подростков в возрасте 15-17 лет, чаще всего это связано с возникновением неврозов. Чаще всего заикание проходит с возрастомпо статистике только 1 % взрослых заикается.

**Причины**

Причины возникновения заикания точно не установлены. Предполагается, что возникновение заикания обусловливается совокупностью [генетических](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0) и [неврологических](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%22%20%5Co%20%22%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F) факторов. В любом случае, заикание сопровождается повышением тонуса и возникновением судорожной готовности двигательных (моторных) нервных речевых центров, включая [центр Брока](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80_%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B0). Также есть вполне обоснованное мнение, что заикание возникает вследствие испуга в раннем возрасте у детей. Так к примеру многие заикающиеся утверждают, что дефект речи появился в раннем возрасте вследствие сильного испуга. У взрослых людей заикание может появиться вследствие контузии, такое заикание может пройти со временем. Любое отклонение от нормативного развития речи способно привести к возникновению заикания: раннее речевое развитие с бурным накоплением словарного запаса; или, наоборот, задержка психоречевого развития, [алалия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%8F), общее недоразвитие речи, характеризующиеся низким объёмом знаний и представлений о мире, малым словарным запасом; стертая форма [дизартрии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F), [дислалия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%8F), [ринолалия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%8F). Возникновению и закреплению заикания у детей способствуют патологическое[воспитание](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5%22%20%5Co%20%22%D0%92%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5), нарушение семейных ролей и функциональности семьи в целом, а также характерологические черты родителей заикающихся.[[](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5%22%20%5Cl%20%22cite_note-26)  Заикание зачастую возникает после перенесенных инфекционных заболеваний и может быть сопутствующим диагнозом при заболеваниях центральной нервной системы, чаще всего [ДЦП](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D1%82%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%86%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BF%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%87).

**Механизм**

Заикание вызывается [спазмами](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%B0%D0%B7%D0%BC) речевого аппарата: языка, нёба, губ или же мышц гортани. Все, кроме последнего — артикуляционные судороги, судороги мышц гортани — голосовые (отсюда название «заикание» — спазмы напоминают [икоту](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BA%D0%BE%D1%82%D0%B0)). Также существуют дыхательные судороги, при которых нарушается дыхание и возникает ощущение нехватки воздуха. Механизм возникновения спазмов связывают с распространением избыточного возбуждения от двигательных речевых центров [головного мозга](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0) к соседним структурам, включая смежные двигательные центры коры и центры, ответственные за [эмоции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BC%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%8F%22%20%5Co%20%22%D0%AD%D0%BC%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%8F).

### Дети группы риска, у которых может возникнуть заикание

* дети, страдавшие в раннем возрасте *спазмофилией*. Такие дети имеют повышенную судорожную активность;
* наследственный фактор: дети, имеющие в родне заикающихся лиц;
* дети с тревожными чертами характера или наблюдающие конфликтные ситуации в семье;
* дети с *ЗРР* (задержкой речевого развития), *алалией* или *дизартрией* в возрасте от 3-6 лет;
* дети с ранним ускоренным речевым развитием, когда предъявляются непосильные для ребенка требования и происходят информационные перегрузки;
* дети, имеющие в своем окружении людей с заиканием;
* дети с двуязычием: раннее изучение двух и более языков провоцирует снижение адаптивных возможностей центральной нервной системы;
* социально депривированные дети, которые проводят большую часть своего времени за компьютером и телевизором, так как это источник информационной перегрузки нервной системы.

## Диагностика заикания

Диагностировать заикание очень просто, так как запинки чётко нарушают речь. Но все-таки некоторые характеристики патологии обнаружить не легко, будучи слушателем. Что же касается диагностики маленьких детей, она в большинстве случаев способна предсказать, будет ли заикание в будущем. Для детей старшего возраста проводят диагностическую оценку, состоящую из тестов, интервью, наблюдений, предназначенных для оценки общей тяжести болезни.

## Методики лечения

Лечение заикания в любом случае есть прямое или косвенное воздействие на речевую функцию, приводящее к улучшению состояния в результате компенсаторной реакции организма на тот или иной вид коррекционного воздействия. Ввиду того, что заикание имеет выраженную функциональную, личностную и социальную стороны, его лечение обязательно содержит терапевтическую, педагогическую и реабилитационную составляющие. При этом значимость и результативность педагогического и реабилитационного компонентов находятся в зависимости от индивидуальных способностей пациента воспринимать коррекцию. Поэтому лечение заикания — сложный и противоречивый процесс, далеко не всегда зависящий от качества применяемого метода.

Существует ряд способов вылечить заикание, но, к сожалению, ни один из них не даёт гарантии 100 %. Все методы так или иначе делятся на рассматривающие заикание как дефект речи и как [логоневроз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%B7). Первые советуют «говорить плавно» или как-то нормализовать *речь*. Вторые концентрируются на *нервной системе*, считая заикание лишь одним из проявлений невротизма. Методик лечения заикания великое множество (см. ссылки), но единой «правильной» не существует.

Все методики лечения заикания подразделяются по типам методического подхода и видам терапевтического воздействия. В целом их можно подразделить на:

* Логопедические
* Психологические
* Психотерапевтические
* Логопсихотерапевтические
* Социореабилитационные
* Медикаментозные
* Физиотерапевтические
* Комплексные
* Нетрадиционные.

Терапевтическая организация методик лечения заикания может быть: амбулаторной, стационарной, семейной, групповой и индивидуальной.

**Источник:**

1. <https://ru.wikipedia.org/>

# Афазия

**Афазия** – расстройство ранее сформированной речевой деятельности, при котором частично или полностью утрачивается способность пользоваться собственной речью и/или понимать обращенную речь. Проявления афазии зависят от формы нарушения речи; специфическими речевыми симптомами афазии являются речевые эмболы, парафазии, персеверации, контаминации, логорея, алексия, аграфия, акалькулия и др. Больные с афазией нуждаются в обследовании неврологического статуса, психических процессов и речевой функции. При афазии проводится лечение основного заболевания и специальное восстановительное обучение.



## Причины афазии

Афазия является следствием органического поражения коры речевых центров головного мозга. Действие факторов, приводящих к возникновению афазии, происходит в период уже сформировавшейся у индивида речи. Этиология афазического расстройства накладывает отпечаток на его характер, течение и прогноз.

В ряду причин афазии наибольший удельный вес занимают сосудистые заболевания головного мозга – геморрагические и[ишемические инсульты](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/ischemic-stroke). При этом у больных, перенесших [геморрагический инсульт](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/hemorrhagic-stroke), чаще отмечается тотальный или смешанный афазический синдром; у пациентов с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения, - тотальная, моторная или сенсорная афазия.

Кроме этого, к афазии могут привести [черепно-мозговые травмы](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/brain-injury), воспалительные заболевания мозга ([энцефалит](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/encephalitis), лейкоэнцефалит,[абсцесс](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/cephalopyosis)), [опухоли головного мозга](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/cerebral-hemisphere-tumor), хронические прогрессирующие заболевания ЦНС (очаговые варианты [болезни Альцгеймера](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/alzheimer) и болезни Пика), [операции на головном мозге](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/operations-brain/).

К факторам риска, повышающим вероятность возникновения афазии, относятся пожилой возраст, семейный анамнез, церебральный [атеросклероз](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/atherosclerosis), [гипертоническая болезнь](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/hypertonic), [ревматические пороки сердца](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/heart_defects), перенесенные транзиторные ишемические атаки, травмы головы.

Тяжесть синдрома афазии зависит от локализации и обширности очага поражения, этиологии нарушения речи, компенсаторных возможностей, возраста пациента и преморбидного фона. Так, при опухолях головного мозга афазические расстройства нарастают постепенно, а при ЧМТ и ОНМК развиваются резко. [Внутримозговое кровоизлияние](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/intracerebral-hematoma) сопровождается более тяжелыми нарушениями речи, чем тромбоз или атеросклероз. Восстановление речи у молодых пациентов с травматическими афазиями происходит быстрее и полнее за счет большего компенсаторного потенциала и т. д.

## Классификация афазии

Попытки систематизации форм афазии на основании анатомических, лингвистических, психологических критериев неоднократно предпринимались различными исследователями. Однако в наибольшей степени запросам клинической практики удовлетворяет классификация афазии по А.Р. Лурия, учитывающая локализацию очага поражения в доминантном полушарии - с одной стороны и характер возникающих при этом нарушений речи – с другой. В соответствии с данной классификацией различают моторную (эфферентную и афферентную), акустико-гностическую, акустико-мнестическую, амнестико-семантическую и динамическую афазию.

**Эфферентная моторная афазия** связана с поражением нижних отделов премоторной области (зоны Брока). Центральным речевым дефектом при афазии Брока выступает кинетическая артикуляционная апраксия, делающая невозможным переключение с одной артикуляторной позиции на другую.

**Афферентная моторная афазия** развивается при поражении нижних отделов постцентральной коры, примыкающей к роландовой борозде. В этом случае ведущим нарушением служит кинестетическая артикуляционная апраксия, т. е. затруднение поиска отдельной артикуляторной позы, необходимой для произнесения нужного звука.

**Акустико-гностическая афазия** возникает при локализации патологического очага в области задней трети верхней височной извилины (зоны Вернике). Основной дефект, сопровождающий афазию Вернике, - нарушение фонематического слуха, анализа и синтеза и, как результат, - утрата понимания обращенной речи.

**Акустико-мнестическая афазия** является следствием поражения средней височной извилины (внеядерных отделов слуховой коры). При акустико-мнестической афазии вследствие повышенной тормозимости слуховых следов страдает слухоречевая память; иногда – зрительные представления о предмете.

**Амнестико-семантическая афазия** развивается при поражении переднетеменных и задневисочных отделов коры головного мозга. Данная форма афазии характеризуется специфическими амнестическими трудностями – забыванием названий предметов и явлений, нарушением понимания сложных грамматических конструкций.

**Динамическая афазия** патогенетически связана с поражением заднелобных отделов головного мозга. Это приводит к неспособности построения внутренней программы высказывания и ее реализации во внешней речи, т. е. нарушению коммуникативной функции речи.

В случае обширных повреждений коры доминантного полушария, захватывающих моторные и сенсорные речевые зоны, развивается тотальная афазия – т. е. нарушение способности говорить и понимать речь. Нередко встречаются смешанные афазии: афферентно-эфферентные, сенсомоторные и др.

## Симптомы афазии

Независимо от механизма, при любой форме афазии наблюдается нарушение речи в целом. Это связано с тем, что первичное выпадение той или иной стороны речевого процесса неизбежно влечет за собой вторичный распад всей сложной функциональной системы речи.

Вследствие трудности переключения с одного речевого элемента на другой, в речи больных с эфферентной моторной афазией наблюдаются многочисленные перестановки звуков и слогов, персеверации, литеральные парафазии, контаминации. Характерен «телеграфный стиль» речи, длительные паузы, гипофония, нарушение ритмико-мелодической стороны речи. Произношение отдельных звуков при эфферентной моторной афазии не нарушается. Распад способности к звуко-буквенному анализу слова сопровождается грубыми нарушениями чтения и письма ([дислексией](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dyslexia)/алексией, [дисграфией](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysgraphia)/аграфией).

Афферентная моторная афазия может протекать в двух вариантах. При первом варианте имеет место артикуляционная апраксия или полное отсутствие спонтанной речи, наличие речевого эмбола. При втором варианте - проводниковой афазии, ситуативная речь остается сохранной, однако грубо нарушается повторение, называние и другие виды произвольной речи. При афферентной моторной афазии вторично нарушается фонематический слух и, следовательно, понимание разговорной речи, значений отдельных слов и инструкций, а также письменная речь.

В отличие от моторных афазий, при акустико-гностической (сенсорной) афазии нарушается слуховое восприятие речи при нормальном физическом слухе. При афазии Вернике больной не понимает речи окружающих и не контролирует собственный речевой поток, что сопровождается развитием компенсаторного многословия. В первые 1,5-2 мес. после мозговой катастрофы речь больных включает случайный набор звуков, слогов и слов («речевая окрошка» или жаргонафазия), поэтому ее смысл неясен окружающим. Затем жаргонафазия уступает место многоречивости (логорее) с выраженными аграмматизмами, литеральными и вербальными парафазиями. Поскольку при сенсорной афазии первично страдает фонематический слух, отмечается нарушение письма; чтение остается наиболее сохранным, поскольку опирается в большей степени на оптический и кинестетический контроль.

При акустико-мнестической афазии у больных возникают трудности с удержанием в памяти информации, воспринятой на слух. При этом значительно снижается объем запоминания: пациент не может повторить за [логопедом](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-logopaedics/logopedist) связку из 3-4 слов, не улавливает смысла речи в усложненных условиях (длинная фраза, быстрый темп, беседа с 2-3 собеседниками). Трудности речевой коммуникации при акустико-мнестической афазии компенсируются повышенной речевой активностью. При оптико-мнестической афазии имеет место нарушение зрительной памяти, ослабление связи зрительного образа предмета и слова, трудности в назывании предметов. Расстройство слухоречевой и зрительной памяти влечет за собой нарушение письма, понимания читаемого текста, счетных операций.

Амнестико-семантическая афазия проявляется забыванием названий предметов (аномией); нарушением понимания сложных речевых оборотов, отражающих временные, пространственные, причинно-следственные взаимоотношения; причастных и деепричастных оборотов, пословиц, метафор, крылатых фраз, переносного значения и пр. Также при семантической афазии отмечается акалькулия, нарушается понимание читаемого текста.

При динамической афазии, несмотря на правильное произнесение отдельных звуков, слов и коротких фраз, сохранную автоматизированную речь и повторение, спонтанная повествовательная речь становится невозможной. Вербальная активность резко снижена, в речи больных присутствуют эхолалии и персеверации. Чтение, письмо и элементарный счет при динамической афазии остаются сохранными.

##

## Диагностика афазии

Диагностика, восстановительное лечение и обучение пациентов с афазией проводится командой специалистов [неврологов](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-neurology/neurologist), нейропсихологов, логопедов.

Для выяснения непосредственных причин афазии и локализации очага поражения выполняется [КТ](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ct-neurology/brain) или [МРТ головного мозга](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mri-neurology/brain), [МР-ангиография](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mri-neurology/angiography), [УЗДГ сосудов головы и шеи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/doppler-neurology/), [дуплексное сканирование](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ultrasound-neurology/duplex) сосудов головного мозга, [люмбальная пункция](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/puncture-biopsy-neurology/lumbar-puncture).

[Обследование речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/) при афазии включает [диагностику устной речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/speech) (экспрессивной и импрессивной); [диагностику письменной речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/speech-written)(списывание, письмо под диктовку, чтение и понимание прочитанного). Нейропсихолог, работающий с больными афазией, проводит[диагностику слухоречевой памяти](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/memory) и других модально-специфических форм памяти (зрительной, двигательной), праксиса (орального, мимического, кистевого, пальцевого, сомато-пространственного, динамического), зрительного гнозиса, конструктивно-пространственной деятельности, интеллектуальных процессов.

Проведение комплексной диагностики позволяет дифференцировать афазию от алалии (у детей), [дизартрии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysarthtia), [тугоухости](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/sudden_deafness), УО.

## Коррекция афазии

Коррекционное воздействие при афазии складывается из медицинского и логопедического направления. Лечение основного заболевания, вызвавшего афазию, проводится под наблюдением невролога или [нейрохирурга](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-neurology/neurosurgeon); включает в себя медикаментозную терапию, при необходимости – хирургическое вмешательство, активную реабилитацию ([ЛФК](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/lfk-neurology/), [механотерапию](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/lfk-neurology/apparatotherapy), физиотерапию,[массаж](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/massage/)).

Восстановление речевой функции проводится на логопедических занятиях по [коррекции афазии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-semantic/aphasia), структура и содержание которых зависит от формы нарушения и этапа восстановительного обучения. При всех формах афазии важно вырабатывать у больного установку на восстановление речи, развивать сохранные периферические анализаторы, вести работу над всеми сторонами речи: экспрессивной, импрессивной, чтением, письмом.

При эфферентной моторной афазии главной задачей логопедических занятий становится восстановление динамической схемы произношения слов; при афферентной моторной афазии – дифференциация кинестетических признаков фонем. При акустико-гностической афазии необходимо работать над восстановлением фонематического слуха и понимания речи; при акустико-мнестической – над преодолением дефектов слухоречевой и зрительной памяти. Организация обучения при амнестико-семантической афазии направлена на преодоление импрессивного аграмматизма; при динамической афазии – на преодоление дефектов внутреннего программирования и планирования речи, стимуляцию речевой активности.

Коррекционную работу при афазии следует начинать с первых дней или недель после перенесенного инсульта или травмы, как только разрешит врач. Раннее начало восстановительного обучения позволяет предотвратить фиксацию патологических речевых симптомов (речевого эмбола, парафазий, аграмматизма). Логопедическая работа по восстановлению речи при афазии продолжается 2-3 года.

##

## Прогноз и профилактика афазии

Логопедическая работа по преодолению афазии очень длительная и трудоемкая, требующая сотрудничества логопеда, лечащего врача, пациента и его близких. Восстановление речи при афазии протекает тем успешнее, чем раньше начата коррекционная работа. Прогноз восстановления речевой функции при афазии определяется локализацией и размером области поражения, степенью речевых расстройств, сроком начала восстановительного обучения, возрастом и общим состоянием здоровья пациента. Лучшая динамика наблюдается у больных молодого возраста. Вместе с тем, акустико-гностическая афазия, возникшая в возрасте 5-7 лет, может привести к полной утрате речи или последующему грубому нарушению речевого развития ([ОНР](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/onr)). Спонтанный выход из моторной афазии иногда сопровождается возникновением [заикания](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/stuttering).

Профилактика афазии заключается, прежде всего, в предупреждении сосудистых мозговых катастроф и ЧМТ, своевременном выявлении опухолевых поражений мозга

**Источник:**

1. <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/>

# Дизартрия

**Дизартрия** – расстройство произносительной организации речи, связанное с поражением центрального отдела речедвигательного анализатора и нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата. Структура дефекта при дизартрии включает нарушение речевой моторики, звукопроизношения, речевого дыхания, голоса и просодической стороны речи; при тяжелых поражениях возникает анартрия. При подозрении на дизартрию проводится неврологическая диагностика (ЭЭГ, ЭМГ, ЭНГ, МРТ головного мозга и др.), логопедическое обследование устной и письменной речи. Коррекционная работа при дизартрии включает лечебное воздействие (медикаментозные курсы, ЛФК, массаж, ФТЛ), логопедические занятия, артикуляционную гимнастику, логопедический массаж.

## Причины дизартрии

Наиболее часто (в 65-85% случаев) дизартрия сопутствует [детскому церебральному параличу](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/cerebral-palsy) и имеет те же причины возникновения. В этом случае органическое поражение ЦНС происходит во внутриутробном, родовом или раннем периоде развития ребенка (обычно до 2-х лет). Наиболее частыми перинатальными факторами дизартрии выступают [токсикозы беременности](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/pregnancy-toxemia), [гипоксия плода](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/fetal-hypoxia), [резус-конфликт](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/rhesus-conflict), хронические соматические заболевания матери, патологическое течение родов, [родовые травмы](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/neonatal-birth-trauma), [асфиксия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/newborn-asphyxia) при рождении, ядерная [желтуха новорожденных](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/neonatal-jaundice), [недоношенность](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/premature-babies) и др. Степень выраженности дизартрии тесно связана с тяжестью двигательных нарушений при ДЦП: так, при двойной гемиплегии дизартрия либо анартрия выявляется практически у всех детей.

В раннем детстве поражение ЦНС и дизартрия у ребенка может развиться после перенесенных нейроинфекций ([менингита](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/meningitis), [энцефалита](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/encephalitis)), [гнойного среднего отита](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/acute-otitis-media),  [гидроцефалии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/hydrocephalus), [черепно-мозговой травмы](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/brain-injury), тяжелых интоксикаций.

Возникновение дизартрии у взрослых, как правило, связано с перенесенным инсультом, травмой головы, нейрохирургическими операциями, [опухолями головного мозга](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/cerebral-hemisphere-tumor). Также дизартрия может встречаться у пациентов с [рассеянным склерозом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/sclerosis), [боковым амиотрофическим склерозом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/amyotrophic-sclerosis), [сирингобульбией](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/syringomyelia), [болезнью Паркинсона](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/parkinson), [миотонией](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/myotonia), [миастенией](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/myasthenia-gravis), церебральным [атеросклерозом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/atherosclerosis), [нейросифилисом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_venereology/neurosyphilis), олигофренией.

## Классификация дизартрии

В основу неврологической классификации дизартрии положен принцип локализации и синдромологический подход. С учетом локализации поражения речедвигательного аппарата различают:

* бульбарную дизартрию, связанную с поражением ядер черепно-мозговых нервов /языкоглоточного, подъязычного, блуждающего, иногда – лицевого, тройничного/ в продолговатом мозге
* псевдобульбарную дизартрию, связанную с поражением корково-ядерных проводящих путей
* экстрапирамидную (подкорковую) дизартрию, связанную с поражением подкорковых ядер головного мозга
* мозжечковую дизартрию, связанную с поражением мозжечка и его проводящих путей
* корковую дизартрию, связанную с очаговыми поражениями коры головного мозга.

В зависимости от ведущего клинического синдрома при ДЦП может встречаться спастико-ригидная, спастико-паретическая, спастико-гиперкинетическая, спастико-атактическая, атактико-гиперкинетическая дизартрия.

Логопедическая классификация основана на принципе понятности речи для окружающих и включает в себя 4 степени тяжести дизартрии:

**1 степень** (стертая дизартрия) – дефекты звукопроизношения могут быть выявлены только [логопедом](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-logopaedics/logopedist) при специальном обследовании.

**2 степень**– дефекты звукопроизношения заметны окружающим, но в целом речь остается понятной.

**3 степень** - понимание речи пациента с дизартрией доступно только близкому окружению и частично посторонним людям.

**4 степень**– речь отсутствует или непонятна даже самым близким людям (анартрия).

##

## Симптомы дизартрии

Речь пациентов с дизартрией невнятная, нечеткая, малопонятная («каша во рту»), что обусловлено недостаточной иннервацией мышц губ, языка, мягкого неба, голосовых складок, гортани, дыхательной мускулатуры. Поэтому при дизартрии развивается целый комплекс речевых и неречевых нарушений, составляющих суть дефекта.

Нарушение артикуляционной моторики у пациентов с дизартрией может проявляться в спастичности, гипотонии или дистонии артикуляционных мышц. Мышечная спастика сопровождается постоянным повышенным тонусом и напряжением мускулатуры губ, языка, лица, шеи; плотным смыканием губ, ограничением артикуляционных движений. При мышечной гипотонии язык вялый, неподвижно лежит на дне полости рта; губы не смыкаются, рот полуоткрыт, выражена гиперсаливация (слюнотечение); вследствие парезов мягкого неба появляется носовой оттенок голоса (назализация). В случае дизартрии, протекающей с мышечной дистонией, при попытках речи тонус мышц изменяется с низкого на повышенный.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии могут быть выражены в различной степени, в зависимости от локализации и тяжести поражения нервной системы. При стертой дизартрии наблюдаются отдельные фонетические дефекты (искажения звуков), «смазанность» речи». При более выраженных степенях дизартрии имеются искажения, пропуски, замены звуков; речь становится медленной, невыразительной, невнятной. Общая речевая активность заметно снижена. В самых тяжелых случаях, при полном параличе речедвигательных мышц моторная реализация речи становится невозможной.

Специфическими чертами нарушения звукопроизношения при дизартрии служат стойкость дефектов и трудность их преодоления, а также необходимость более длительного периода автоматизации звуков. При дизартрии нарушается артикуляция практически всех звуков речи, в т. ч. гласных. Для дизартрии характерно межзубное и боковое произношение шипящих и свистящих звуков; дефекты озвончения, палатализация (смягчение) твердых согласных.

Вследствие недостаточной иннервации речевой мускулатуры при дизартрии нарушается речевой дыхание: выдох укорочен, дыхание в момент речи становится учащенным и прерывистым. [Нарушение голоса](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysphonia) при дизартрии характеризуются его недостаточной силой (голос тихий, слабый, иссякающий), изменением тембра (глухостью, назализацией), мелодико-интонационными расстройствами (монотонностью, отсутствием или невыраженностью голосовых модуляций).

Ввиду нечленораздельности речи у детей с дизартрией вторично страдает слуховая дифференциация звуков и фонематический анализ и синтез. Трудность и недостаточность речевого общения могут приводить к несформированности словарного запаса и грамматического строя речи. Поэтому у детей с дизартрией может отмечаться [фонетико-фонематическое](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/ffn) (ФФН) или [общее недоразвитие речи](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/onr) (ОНР) и связанные с ними соответствующие виды [дисграфии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysgraphia).

## Характеристика клинических форм дизартрии

Для **бульбарной дизартрии** характерны арефлексия, амимия, расстройство сосания, глотания твердой и жидкой пищи, жевания, гиперсаливация, вызванные атонией мышц полости рта. Артикуляция звуков невнятная и крайне упрощенная. Все разнообразие согласных редуцируется в единый щелевой звук; звуки не дифференцируются между собой. Типична назализация тембра голоса, дисфония или афония.

При **псевдобульбарной дизартрии** характер расстройств определяется спастическим параличом и мышечным гипертонусом. Наиболее ярко псевдобульбарный паралич проявляется в нарушении движений языка: большие трудности вызывают попытки поднять кончик языка вверх, отвести в стороны, удержать в определенном положении. При псевдобульбарной дизартрии затруднено переключение с одной артикуляционной позы на другую. Типично избирательное нарушение произвольных движений, синкинезии (содружественные движения); обильное слюнотечение, усиление глоточного рефлекса, поперхивание, дисфагия. Речь больных с псевдобульбарной дизартрией смазанная, невнятная, имеет носовой оттенок; грубо нарушено нормативное воспроизве­дение соноров, свистящих и шипящих.

Для **подкорковой дизартрии** характерно наличие гиперкинезов – непроизвольных насильственных движений мышц, в т. ч. мимических и артикуляционных. Гиперкинезы могут возникать в покое, однако обычно усиливаются при попытке речи, вызывая артикуляционный спазм. Отмечается нарушение тембра и силы голоса, просодической стороны речи; иногда у больных вырываются непроизвольные гортанные выкрики.

При подкорковой дизартрии может нарушаться темп речи по типу [брадилалии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/bradylalia), [тахилалии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/tachylalia) или речевой дизаритмии (органического[заикания](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/stuttering)). Подкорковая дизартрия часто сочетается с псевдобульбарной, бульбарной и мозжечковой формой.

Типичным проявлением **мозжечковой дизартрии** служит нарушение координации речевого процесса, следствием чего является тремор языка, толчкообразная, скандированная речь, отдельные выкрики. Речь замедлена и невнятна; в наибольшей степени нарушается произношение переднеязычных и губных звуков. При мозжечковой дизартрии отмечается [атаксия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/vestibular-ataxia) (шаткость походки, нарушение равновесия, неловкость движений).

**Корковая дизартрия** по своим речевым проявлениям напоминает [моторную афазию](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/aphasia) и характеризуется нарушением произвольной артикуляционной моторики. Расстройства речевого дыхания, голоса, просодики при корковой дизартрии отсутствуют. С учетом локализации поражений различают кинестетическую постцентральную корковую дизартрию (афферентную корковую дизартрию) и кинетическую премоторную корковую дизартрию (эфферентную корковую дизартрию). Однако при корковой дизартрии имеется только артикуляционная апраксия, тогда как при моторной афазии страдает не только артикуляция звуков, но также чтение, письмо, понимание речи, использование средств языка.

##

## Диагностика дизартрии

Обследование и последующее ведение пациентов с дизартрией осуществляется [неврологом](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-neurology/neurologist) ([детским неврологом](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-neurology/neurologist)) и логопедом. Объем неврологического обследования зависит от предполагаемого клинического диагноза. Наиболее важное диагностическое значение имеют данные [электрофизиологических исследований](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-neurology/) ([электроэнцефалографии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-neurology/eeg), [электромиографии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-neurology/electromyography), [электронейрографии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-neurology/electroneurography)), [транскраниальной магнитной стимуляции](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/neurophysiological/transcranial-magnetic-stimulation), [МРТ головногомозга](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mri-neurology/brain) и др.

[Логопедическое обследование](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/) при дизартрии включает оценку речевых и неречевых нарушений. Оценка неречевых симптомов предусматривает изучение строения артикуляционного аппарата, объема артикуляционных движений, состояния мимической и речевой мускулатуры, характера дыхания. Особое внимание логопед обращает на анамнез речевого развития. В рамках [диагностики устной речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/speech) при дизартрии проводится исследование произносительной стороны речи (звукопроизношения, темпа, ритма, просодики, разборчивости речи); синхронности артикуляции, дыхания и голосообразования; фонематического восприятия, уровня развития лексико-грамматического строя речи. В процессе [диагностики письменной речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/speech-written) даются задания на списывание текста и письмо под диктовку, чтение отрывков и осмысление прочитанного.

На основании результатов обследования необходимо разграничивать дизартрию и моторную алалию, моторную афазию, дислалию.

## Коррекция дизартрии

Логопедическая работа по преодолению дизартрии должна проводиться систематически, на фоне медикаментозной терапии и реабилитации ([сегментарно-рефлекторного](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/segmental-massage/) и [точечного массажа](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/general-massage/acupressure), [акупрессуры](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/reflexotherapy/acupressure), [ЛФК](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/lfk-neurology/), [лечебных ванн](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/bath/), [физиотерапии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/physiotherapy/), [механотерапии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/lfk-neurology/apparatotherapy), [иглоукалывания](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/reflexotherapy/acupuncture), [гирудотерапии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/hirudotherapy/)), назначаемой неврологом. Хороший фон для коррекционно-педагогических занятий достигается применением нетрадиционных форм восстановительного лечения: дельфинотерапии, сенсорной терапии, изотерапии, пескотерапии и др.

На логопедических занятиях по [коррекции дизартрии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-phonational/dysarthria) осуществляется развитие мелкой моторики (пальчиковая гимнастика), моторики речевого аппарата ([логопедический массаж](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-phonational/logopedic-massage), артикуляционная гимнастика); физиологического и речевого дыхания (дыхательная гимнастика), голоса (ортофонические упражнения); коррекция нарушенного и закрепление правильного звукопроизношения; работа над выразительностью речи и развитием речевой коммуникации.

Порядок постановки и автоматизации звуков определяется наибольшей доступностью артикуляционных укладов на данный момент. К автоматизации звуков при дизартрии иногда переходят до достижения полной чистоты их изолированного произношения, а сам процесс требует большего времени и настойчивости, чем при дислалии.

Методы и содержание логопедической работы варьируются в зависимости от вида и тяжести дизартрии, а также уровня речевого развития. При нарушении фонематических процессов и лексико-грамматического строя речи проводится работа над их развитием, предупреждением или [коррекцией дисграфии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-written/dysgraphia) и [дислексии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dyslexia).

## Прогноз и профилактика дизартрии

Только рано начатая, систематическая логопедическая работа по коррекции дизартрии может дать положительные результаты. Большую роль в успехе коррекционно-педагогического воздействия играет терапия основного заболевания, усердие самого пациента-дизартрика и его близкого окружения.

При этих условиях на практически полную нормализацию речевой функции можно рассчитывать в случае стертой дизартрии. Овладев навыками правильной речи, такие дети могут успешно обучаться в общеобразовательной школе, а необходимую логопедическую помощь получают в поликлиниках или на школьных логопунктах.

При тяжелых формах дизартрии возможно лишь улучшение состояния речевой функции. Важное значение для социализации и образования детей с дизартрией имеет преемственность различных типов логопедических учреждений: детских садов и школ для детей с тяжелыми нарушениями речи, речевых отделений психоневрологических стационаров; содружественная работа логопеда, невролога, психоневролога, массажиста, специалиста по лечебной физкультуре.

Медико-педагогическая работа по предупреждению дизартрии у детей с перинатальным поражением головного мозга должна начинаться с первых месяцев жизни. Профилактика дизартрии в раннем детском и взрослом возрасте заключается в предупреждении нейроинфекций, травм головного мозга, токсических воздействий.

**Источник:**

1. <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/>

# Алалия



Алалия – глубокая несформированность речевой функции, обусловленная органическим повреждением речевых зон коры головного мозга. При алалии недоразвитие речи носит системный характер, т. е. имеет место нарушение всех ее компонентов – фонетико-фонематического и лексико-грамматического. В отличие от [афазии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/aphasia), при которой имеет место утрата ранее наличествовавшей речи, алалия характеризуется изначальным отсутствием или резким ограничением экспрессивной или импрессивной речи. Таким образом, об алалии говорят в том случае, если органическое повреждение речевых центров произошло во внутриутробном, интранатальном или раннем (до 3-х лет) периоде развития ребенка. Алалия диагностируется примерно у 1% дошкольников и 0,6-0,2% детей школьного возраста; при этом в 2 раза чаще данное нарушение речи встречается у мальчиков. Алалия является клиническим диагнозом, которому в [логопедии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/logopaedics/) соответствует речевое заключение ОНР ([общее недоразвитие речи](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/onr)).

## Причины алалии

Приводящие к алалии факторы многообразны и могут воздействовать в различные периоды раннего онтогенеза. Так, в антенатальном периоде к органическому поражению речевых центров коры головного мозга могут приводить [гипоксия плода](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/fetal-hypoxia), внутриутробное инфицирование(TORCH-синдром), угроза [самопроизвольного прерывания беременности](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/spontaneous-abortion),  [токсикозы](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/pregnancy-toxemia), падения беременной с травматизацией плода, хронические соматические заболевания будущей мамы ([артериальная гипотония](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/arterial-hypotension) или[гипертензия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/hypertension), [сер­дечная](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/heart_failure) или [легочная недостаточность](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/respiratory-insufficiency)).

Закономерным итогом отягощенного течения беременности служат осложнения родов и перинатальная патология. Алалия может являться следствием [асфиксии новорожденных](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/newborn-asphyxia), [недоношенности](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/premature-babies), [внутричерепной родовой травмы](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/intracranial-birth-trauma) при [преждевременных](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/preterm-birth), скоротечных или затяжных родах, применении инструментальных акушерских пособий.

В числе этиопатогенетических факторов алалии, воздействующих в первые годы жизни ребенка, следует выделить [энцефалиты](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/encephalitis),[менингиты](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/meningitis), [ЧМТ](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/brain-injury), соматические заболевания, приводящие к истощению ЦНС ([гипотрофию](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/hypotrophy)). Некоторые исследователи указывают на наследственную, семейную предрасположенность к алалии. Частые и продолжительные заболевания детей в первые годы жизни ([ОРВИ](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/respiratory-viral-infections), [пневмонии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/pneumonia), эндокринопатии, [рахит](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/rachitis) и пр.), операции под общим наркозом, неблагоприятные социальные условия (педагогическая запущенность, синдром госпитализма, дефицит речевых контактов) усугубляют действие ведущих причин алалии.

Как правило, в анамнезе детей с алалией прослеживается участие не одного, а целого комплекса факторов, приводящих к минимальной мозговой дисфункции – ММД.

Органические повреждения головного мозга вызывают замедление созревания нервных клеток, которые остаются на стадии молодых незрелых нейробластов. Это сопровождается снижением возбудимости нейронов, инертностью основных нервных процессов, функциональной истощаемостью клеток мозга. Поражения коры головного мозга при алалии носят нерезко выраженный, но множественный и билатеральный характер, что ограничивает самостоятельные компенсаторные возможности речевого развития.

## Классификация алалии

За долгие годы изучения проблемы было предложено множество классификаций алалии в зависимости от механизмов, проявлений и степени выраженности недоразвития речи. В настоящее время в логопедии пользуется классификация алалии по В.А. Ковшикову, согласно которой выделяют:

* **экспрессивную** (моторную) алалию
* **импрессивную** (сенсорную) алалию
* **смешанную** (сенсомоторную или мотосенсорную алалию с преобладанием нарушения развития импрессивной или экспрессивной речи)

В основе возникновения моторной формы алалии лежит раннее органическое поражение коркового отдела речедвигательного анализатора. В этом случае у ребенка не развивается собственная речь, однако понимание чужой речи остается сохранным. В зависимости от поврежденной зоны различают афферентную моторную и эфферентную моторную алалию. При афферентной моторной алалии имеет место поражение постцентральной извилины (нижних теменных отделов левого полушария), что сопровождается кинестетической артикуляторной апраксией. Эфферентная моторная алалия возникает при поражении премоторной коры (центра Брока, задней трети нижней лобной извилины) и выражается в кинетической артикуляторной апраксии.

Сенсорная алалия возникает при поражении коркового отдела речеслухового анализатора (центра Вернике, задней трети верхней височной извилины). При этом нарушается высший корковый анализ и синтез звуков речи и, несмотря на сохранный физический слух, ребенок не понимает речь окружающих.

## Симптомы моторной алалии

При моторной алалии имеют место характерные неречевые (неврологические, психологические) и речевые проявления.

Неврологическая симптоматика при моторной алалии представлена, прежде всего, двигательными расстройствами: неловкостью, недостаточной координированностью движений, слабым развитием моторики пальцев рук. У детей имеются трудности с овладением навыками самообслуживания (застегиванием пуговиц, зашнуровыванием обуви и т. п.), выполнением мелкомоторных операций (складыванием мозаики, паззлов и пр.).

Рассматривая психологическую характеристику детей с моторной алалией, нельзя не отметить нарушения памяти (особенно слухоречевой), внимания, восприятия, эмоционально-волевой сферы. По особенностям поведения дети с моторной алалией могут быть [гиперактивными](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/ADHD), расторможенными либо малоподвижными, заторможенными. Большинство детей с моторной алалией имеют сниженную работоспособность, высокую утомляемость, речевой негативизм. Интеллектуальное развитие у детей-алаликов страдает вторично, вследствие речевой недостаточности. По мере развития речи интеллектуальные нарушения постепенно компенсируются.

При моторной алалии отмечается выраженная диссоциация между состоянием импрессивной и экспрессивной речи, т. е. понимание речи остается относительно сохранным, а собственная речь у ребенка развивается с грубыми отклонениями или не развивается совсем. Все этапы становления речевых навыков (гуления, лепета, лепетного монолога, слов, фраз, контекстной речи) происходят с опозданием, а сами речевые реакции значительно редуцированы.

Несмотря на то, что ребенку с афферентной моторной алалией потенциально доступно выполнение любых артикуляторных движений (в отличие от [дизартрии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysarthtia)), звукопроизношение оказывается грубо нарушенным. При этом возникают стойкие замены и смешения артикуляционно спорных фонем, что приводит к невозможности воспроизведения или повторения звукового образа слова.

При эфферентной моторной алалии ведущим речевым дефектом является невозможность выполнения серии последовательных артикуляционных движений, что сопровождается грубым искажением слоговой структуры слова. Несформированность динамического речевого стереотипа может привести к появлению [заикания](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/stuttering) на фоне моторной алалии.

Словарный запас при моторной алалии значительно отстает от возрастной нормы. Новые слова усваиваются с трудом, в активном словаре имеются, главным образом, обиходные термины. Малый лексический запас обусловливает неточное понимание значений слов, их неуместное употребление в речи, замены по семантическому и звуковому сходству. Характерной чертой моторной алалии является абсолютное преобладание в словаре существительных в именительном падеже, резкое ограничение других частей речи, трудности в образовании и дифференциации грамматических форм.

Фразовая речь при моторной алалии представлена простыми короткими предложениями (одно- или двусоставными). Как следствие, при алалии имеется грубое нарушение формирования связной речи. Дети не могут последовательно изложить события, выделить главное и второстепенное, определить временные связи, причину и следствие, передать смысл явлений и событий.

При грубых формах моторной алалии у ребенка имеются только звукоподражания и отдельные лепетные слова, которые сопровождаются активной мимикой и жестикуляцией.

## Симптомы сенсорной алалии

При сенсорной алалии ведущим дефектом является нарушение восприятия и понимания смысла обращенной речи. При этом физический слух у сенсорных алаликов сохранен, и они нередко страдают гиперакузией – повышенной восприимчивостью к различным звукам.

На фоне слуховой агнозии собственная речевая активность у детей с сенсорной алалией повышена. Однако их речь представляет собой набор бессмысленных звукосочетаний и обрывков слов, эхолалий (неосознанного повторения чужих слов). В целом при сенсорной алалии речь бессвязна, лишена смысла и непонятна для окружающих (логорея – «словесный салат»). В речи детей с сенсорной алалией присутствуют многочисленные персеверации (навязчивые повторения звуков, слогов), элизии слогов (пропуски), парафазии (звуковые замены), контаминации (объединение частей разных слов друг с другом). К собственной речи дети с сенсорной алалией не критичны; для общения широко используют мимику и жесты.

При грубых формах сенсорной алалии понимание речи отсутствует совсем; в других случаях носит ситуативный характер. Однако, даже если ребенку доступен смысл фразы в определенном контексте, при изменении словоформы, порядка слов в предложении, темпа речи понимание теряется. Часто в осмыслении речи детям с сенсорной алалией помогает «чтение с губ» говорящего.

Недостаточность фонематического слуха при сенсорной алалии приводит к неразличению слов-паронимов; несформированности соотнесенности слышимого и произносимого слова с тем или иным предметом или явлением.

Грубое искажение развития речи при сенсорной алалии приводит к вторичным нарушениям личности, поведения, задержке интеллектуального развития. Психологические особенности детей с сенсорной алалией характеризуются трудностью включения и удержания внимания, повышенной отвлекаемостью и истощаемостью, неустойчивость слухового восприятия и памяти. У детей с сенсорной алалией может отмечаться импульсивность, хаотичность поведения или, напротив, инертность, замкнутость.

В чистом виде сенсорная алалия наблюдается нечасто; обычно встречается смешанная сенсомоторная алалия, что указывает на функциональную неразрывность речеслухового и речедвигательного анализаторов.

## Обследование детей с алалией

Дети с алалией нуждаются в консультации [детского невролога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-neurologist), [детского отоларинголога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-otolaryngologist), [логопеда](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-logopaedics/logopedist), [детского психолога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-psychologist).

Неврологическое обследование детей с алалией необходимо для выявления и оценки характера и степени повреждения головного мозга. С этой целью ребенку могут быть рекомендованы [ЭЭГ](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-neurology/eeg), [эхоэнцефалография](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ultrasound-neurology/echo-encephalography), [рентгенография черепа](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/X-ray-neurology/skull), [МРТ головного мозга](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mri-neurology/brain). Для исключения [тугоухости](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/sudden_deafness) при сенсорной алалии необходимо проведение [отоскопии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopic-otolaryngology/otoscopy), [аудиометрии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/hearing/audiometry) и др. [исследований слуховой функции](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/hearing/).

Нейропсихологическое обследование ребенка с алалией включает [диагностику слухоречевой памяти](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/memory). Логопедическое обследование при алалии начинается с выяснения перинатального анамнеза и особенностей раннего развития ребенка. Особое внимание обращается на сроки психомоторного и речевого развития. [Диагностика устной речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/speech) (импрессивной речи, лексико-грамматического строя, фонетико-фонематических процессов, артикуляционной моторики и т. д.) проводится по схеме обследования при ОНР.

Дифференциальная диагностика алалии осуществляется с [ЗРР](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/speech-retardation), дизартрией, тугоухостью, [аутизмом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/infantile-autism), олигофренией.

## Коррекция алалии

Методика [коррекционного воздействия](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech/) при любых формах алалии должна носить комплексный психолого-медико-педагогический характер. Дети с алалией получают необходимую помощь в специализированных ДОУ, стационарах, коррекционных центрах, санаториях.

Работа над речью ведется на фоне медикаментозной терапии, направленной на стимуляцию созревания мозговых структур; физиотерапии ([лазеротерапии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/laser-therapy/), [магнитотерапии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/magnetotherapy/), [электрофореза](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophoresis/), [ДМВ](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/microwave/UHF), [водолечения](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/hydrotherapy/), [ИРТ](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/reflexotherapy/), [электропунктуры](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/reflexotherapy/electroacupuncture); [транскраниальной электростимуляции](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrostimulation/transcranial) и др.). При алалии важно работать над развитием общей и ручной моторики, психических функций (памяти, внимания, представлений, мышления).

Учитывая системный характер нарушения, логопедические занятия по [коррекции алалии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-semantic/alalia) предполагают работу над всеми сторонами речи. При моторной алалии у ребенка стимулируется речевая активность; ведется работа над формированием активного и пассивного словаря, фразовой речью, грамматическим оформлением высказывания; развитием связной речи, звукопроизношением. В канву логопедических занятий включаются логоритмика и [логопедический массаж](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-phonational/logopedic-massage).

При сенсорной алалии ставятся задачи овладеть различением неречевых и речевых звуков, дифференциацией слов, соотнесением их с конкретными предметами и действиями, пониманием фраз и речевых инструкций, грамматическим строем речи. По мере накопления словаря, формирования тонких акустических дифференцировок и фонематического восприятия становится возможным развитие собственной речи ребенка.

При различных формах алалии рекомендуется сравнительно раннее обучение детей грамоте, поскольку письмо и чтение позволяет лучше закрепить усвоенный материал, а также контролировать устную речь.

##

## Прогноз и профилактика алалии

Залогом успеха коррекционной работы при алалии служит ее раннее (с 3-4 лет) начало, комплексный характер, системное воздействие на все компоненты речи, формирование речевых процессов в единстве с развитием психических функций. При моторной алалии речевой прогноз более благоприятный; при сенсорной и сенсомотрной алалии – неопределенный. В значительной степени на прогноз влияет степень органического поражения головного мозга. В процессе школьного обучения у детей с алалией могут появиться нарушения письменной речи ([дисграфия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysgraphia) и [дислексия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dyslexia)).

Предупреждение алалии у детей включает обеспечение условий для благоприятного протекания беременности и родов, раннего физического развития ребенка. Коррекционная работа по преодолению алалии позволяет предупредить возникновение вторичной интеллектуальной недостаточности.

**Источник:**

1. <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/>

# Дислалия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Дислалия |  |

## Дислалия – различные дефекты звукопроизношения у лиц с нормальным слухом и сохранной иннервацией артикуляционного аппарата. Дислалия проявляется отсутствием, заменами, смешением или искажениями звуков в устной речи. При дислалии проводится логопедическое обследование строения и подвижности речевого аппарата, состояния звукопроизношения и фонематического слуха, при необходимости – консультации стоматолога, невролога, отоларинголога. Логопедическое воздействие при дислалии включает 3 этапа: подготовительный, формирование первичных произносительных навыков, формирование коммуникативных навыков

## Классификация дислалии

С учетом причин нарушения звукопроизношения выделяют механическую (органическую) и функциональную дислалию. Механическая дислалия связана с дефектами анатомического строения артикуляционного аппарата. Функциональная дислалия обусловлена социальными факторами либо обратимыми нейродинамическими нарушениями в коре головного мозга.

Функциональная дислалия, в свою очередь, подразделяется на моторную (обусловленную нейродинамическими сдвигами в центральных отделах речедвигательного анализатора) и сенсорную (обусловленную нейродинамическими сдвигами в центральных отделах речеслухового анализатора). При моторной функциональной дислалии движения губ и языка становятся в некоторой степени неточными и недифференцированными, что обусловливает приблизительность артикуляции звуков, т. е. их искажение (фонетический дефект). При сенсорной функциональной дислалии затрудняется слуховая дифференциация акустически сходных фонем (твердых и мягких, глухих и звонких, шипящих и свистящих), что сопровождается смешением и заменами звуков в устной речи (фонематический дефект) и однотипным заменам букв на письме. В случае одновременного наличия сенсорной и моторной недостаточности говорят о сенсомоторной форме дислалии

В зависимости несформированности тех или иных признаков звуков (акустических или артикуляторных) и характера дефекта (фонетического или фонематического) выделяют акустико-фонематическую, артикуляторно-фонематическую и артикуляторно-фонетическую дислалию.

С учетом количества нарушенных звуков дислалия может быть простой (при неправильном произношении 1-4 звуков) и сложной (при дефектном произношении более 4-х звуков). Если нарушается произношение звуков из одной артикуляционной группы (например, только шипящих или свистящих), говорят о мономорфной дислалии; если из разных артикуляционных групп (например, свистящих и шипящих одновременно) – о полиморфной дислалии.

Фонетические дефекты произношения звуков разных групп (искажения) при дислалии принято обозначать терминами, образованными от букв греческого алфавита:

* Ротацизм – недостатки произношения [р] и [р']
* Ламбдацизм - недостатки произношения [л] и [л']
* Сигматизм - недостатки произношения шипящих [ж], [ш], [щ], [ч] и свистящих [с], [с'], [з], [з']
* Йотацизм – недостатки произношения [й]
* Гаммацизм – недостатки произношения [г] и [г']
* Каппацизм – недостатки произношения [к] и [к']
* Хитизм - недостатки произношения [х] и [х']
* Дефекты озвончения и оглушения – замены звонких согласных парными глухими и наоборот
* Дефекты смягчения и твердости - замены мягких согласных парными твердыми звуками и наоборот

При дислалии часто встречаются сложные комбинированные дефекты (сигматизм + ротацизм, ламбдацизм + ротацизм, сигматизм/ротацизм + дефекты смягчения и т. д.)

В том случае, если при дислалии имеет место фонематический дефект (замены звуков), к названию недостатки звукопроизношения прибавляется приставка «пара-»: параротацизм, параламбдацизм, парасигматизм, парайотацизм, парагаммацизм, паракаппацизм, парахитизм.

## Причины дислалии

В основе неправильного звукопроизношения при механической дислалии лежат органические дефекты периферического артикуляционного аппарата (языка, губ, зубов, челюстей). Среди аномалий строения языка и губ, приводящих к дислалии, чаще всего встречаются [короткая уздечка языка](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/tongue-tie) или верхней губы; реже – макроглоссия (массивный, язык), микроглоссия (узкий, маленький язык), толстые, малоподвижные губы. При укороченной подъязычной связке, прежде всего, страдает произношение верхнеязычных звуков; при аномалиях губ – губных и губно-зубных звуков. Макро- и микроглоссия обычно наблюдаются у детей с общим физическим или умственным недоразвитием.

Дефекты строения костной основы речевого аппарата представлены [неправильным прикусом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/malocclusion) ([глубоким](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/deep-bite), [перекрестным](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/crossbite), [открытым](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/abocclusion), прогенией, прогнатией), [аномалиями зубных рядов](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/dental-anomaly) ([диастемами](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/diastema), редко расположенными или мелкими зубы и т. д.), высоким узким (готическим) или низким плоским верхним нёбом. Анатомические дефекты, обусловливающие механическую дислалию, могут иметь врожденный характер либо возникать вследствие заболеваний и травм зубочелюстной системы.

Следует отметить, что нарушения произношения, связанные с такими органическими дефектами речевого аппарата, как [расщелины верхней губы](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/problem-anaplasty/harelip), мягкого и [твердого нёба](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/problem-anaplasty/cleft-palate), относятся не к дислалии, а к [ринолалии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/rhinolalia).

При функциональной дислалии строение артикуляционного аппарата не изменено, т. е. отсутствует органическая основа для нарушения звукопроизношения. В этом случае причинами дислалии выступают социальные или биологические факторы. К числу неблагоприятных социальных факторов относят подражание детей неправильной речи взрослых (торопливой, косноязычной, диалектной), подражание взрослых детскому лепету («сюсюканье»), случаи билингвизма в семье, педагогическая запущенность.

К факторам биологической природы, вызывающим функциональную дислалию, причисляют общую физическую ослабленность у[часто болеющих детей](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/frequently-ill), минимальную мозговую дисфункцию, способствующую запаздыванию речевого развития, несформированности фонематического слуха, речевых укладов и их переключений.

## Симптомы дислалии

Дефекты звукопроизношения при дислалии представлены пропусками, заменами, смешениями и искажениями звуков.

Под пропуском звука подразумевается его полное выпадение в той или иной позиции (в начале, в середине либо в конце слова). Замена звука – это стойкое замещение одного звука другим, также присутствующим в фонетической системе родного языка. Звуковые замены вызваны неразличением фонем по тонким артикуляторным или акустическим признакам. При дислалии могут заменяться звуки, различные по месту артикуляции или способу образования, по признаку звонкости-глухости или твердости-мягкости. Если ребенок постоянно путает два правильно произносимых звука в речевом потоке (т. е. употребляет их то уместно, то неуместно), говорят о смешении звуков. В этом случае механизм дислалии связан с незаконченностью усвоения системы фонем.

Искажение звуков – это ненормированное произношение, использование в речи звуков, отсутствующих в фонетической системе русского языка (например, велярное или увулярное произнесение [р], межзубное или боковое произнесение [с] и др.). Искажение звуков обычно встречается при механической дислалии.

При функциональной дислалии, как правило, нарушается произношение одного или нескольких звуков; в случае механической дислалии – группы сходных по артикуляции звуков. Так, открытый передний прикус будет способствовать межзубному воспроизведению звуков переднеязычной артикуляции ([з], [с], [ц], [ч], [ж], [ш], [щ], [д], [т], [л], [н]), поскольку кончик языка не может удерживаться за передними зубами.

Лексико-грамматическая сторона речи при дислалии формируется в соответствии с возрастом: имеется достаточно развитая словарная база, не искажается слоговая структура слова, правильно используются падежные окончания, единичное и множественное число, имеется достаточно высокий уровень развития связной речи.

Наряду с патологическими формами дислалии в логопедии выделяют так называемую физиологическую дислалию, возрастное косноязычие или физиологические несовершенства речи, обусловленные возрастной несформированностью фонематического слуха или движений органов артикуляции. Такие недостатки звукопроизношения в норме исчезают самостоятельно к 5 годам.

## Коррекция дислалии

Работа по [коррекции дислалии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-phonational/dyslalia) выстраивается в соответствии с тремя этапами работы: подготовительным, этапом формирования первичных произносительных навыков и этапом формирования коммуникативных навыков.

При механической дислалии на подготовительном этапе необходимо устранение анатомических дефектов в строении артикуляционного аппарата ([пластика уздечки языка](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/operations-stomatology/frenum-plastic) или [верхней губы](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/operations-stomatology/lip-frenulum-plastic), курс [ортодонтического лечения](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/orthodontics-stomatology/)). При моторной функциональной дислалии в подготовительный период проводится развитие речевой моторики (артикуляционная гимнастика,[логопедический массаж](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-phonational/logopedic-massage)); при сенсорной функциональной дислалии – развитие фонематических процессов. Также для правильного звукопроизношения важным является формирование направленной воздушной струи, развитие мелкой моторики, отработка произношения опорных звуков.

Этап формирования первичных произносительных навыков при дислалии включает постановку изолированного звука (по подражанию, с механической помощью, т. е. с использованием логопедических зондов или смешанным способом); автоматизацию звука в слогах, словах, предложениях и текстах и дифференциацию звуков (при их смешении).

На заключительном этапе по коррекции дислалии формируются навыки безошибочного употребления отработанных звуков во всех ситуациях общения.

Логопедические занятия по коррекции дислалии должны проводиться регулярно, не реже 3-х раз в неделю. Важно, чтобы дома также выполнялись задания логопеда и артикуляционная гимнастика. Продолжительность занятий при простой дислалии от 1 до 3-х мес.; при сложной дислалии – 3-6 мес.

## Прогноз и профилактика дислалии

В большинстве случаев дислалия успешно поддается коррекции. Успешность и сроки преодоления дислалии определяются сложностью дефекта, возрастными и индивидуальными особенностями ребенка, регулярностью занятий, участием родителей. У дошкольников дефекты звукопроизношения корригируются быстрее, чем у школьников, у учеников младших классов – быстрее, чем у учеников среднего и старшего звена.

Профилактика дислалии требует своевременного выявления анатомических нарушений в строении органов речи, окружение ребенка правильными образцами для речевого подражания, всестороннюю заботу о физическом развитии и здоровье детей.

**Источник:**

1. <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/>

# Ринолалия



Ринолалия - искажение звукопроизношения и тембра голоса вследствие нарушения нёбно-глоточного смыкания. Ринолалия встречается с частотой 1 случай на 760 человек. Некоторые авторы рассматривают ринолалию как форму механической [дислалии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dyslalia), однако общепринятым в современной [логопедии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/logopaedics/) является выделение ринолалии в самостоятельное [нарушение речи](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder). Для обозначения ринолалии в литературе иногда используются термины «гнусавость» или «ринофония», однако оба этих понятия недостаточно полно отражают суть речевого нарушения, поскольку указывают лишь на специфическое [нарушение голоса](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysphonia) (назализацию), в то время как при ринолалии страдает артикуляционная и акустическая сторона речи.

## Многообразие и сложность расстройств, лежащих в основе ринолалии, обусловливают необходимость участия в ее преодолении специалистов в области [хирургической стоматологии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/surgical-dentistry/), [ортодонтии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/orthodontics-stomatology/), [отоларингологии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/otorhinolaryngology/), логопедии, психологии.

## Классификация ринолалии

Механизм развития ринолалии связан с нарушением взаимодействия носовой полости и ротоглотки. В зависимости от особенностей этого нарушения принято выделять открытую и закрытую форму ринолалии. С учетом возможных причин (анатомических дефектов или нарушения функции речевого аппарата) каждая из форм может быть органической и функциональной.

***Открытая ринолалия*** характеризуется наличием постоянного открытого сообщения между носовой и ротовой полостью, что обусловливает свободное прохождение воздушной струи одновременно через нос и рот в процессе речи и возникновение носового резонанса при фонации.

***Закрытая ринолалия*** связана с наличием препятствия, преграждающего выход воздушной струи через нос. В зависимости от уровня расположении анатомического препятствия (полость носа или носоглотка) выделяют соответственно закрытую переднюю и закрытую заднюю ринолалию.

При сочетании непроходимости носа и недостаточности небно-глоточного кольца, говорят о ***смешанной ринолалии***. В этом случае отмечается отсутствие носовых звуков и назальный оттенок голоса.

## Причины ринолалии

По времени возникновения открытая органическая ринолалия может быть врожденной или приобретенной. Врожденная открытая ринолалия встречается у детей с расщелинами мягкого и твердого нёба («[волчьей пастью](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/problem-anaplasty/cleft-palate)»), расщеплением альвеолярного отростка верхней челюсти и верхней губы («[заячьей губой](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/problem-anaplasty/harelip)»), укорочением мягкого нёба, раздвоением или отсутствием маленького язычка, скрытыми (субмукозными) расщелинами твердого нёба. Причинами врожденных расщелин лица может служить заражение беременной на ранних сроках гестации [токсоплазмозом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/toxoplasmosis), [гриппом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/flu), [краснухой](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/rubella), [паротитом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/parotitis) и др. инфекциями; контакт с ядохимикатами и другими вредными веществами, курение, употребление наркотиков и алкоголя во время беременности, стрессы, эндокринные нарушения у будущей мамы. Критическим периодом для формирования расщелин лица служит 7-8 неделя эмбриогенеза.

Приобретенная открытая органическая ринолалия возникает в результате рубцовых деформаций, травматической перфорации нёба, параличей и парезов мягкого нёба, обусловленных ранением или опухолевой компрессией языкоглоточного или блуждающего нервов. Случаи открытой функциональной ринолалии встречаются после [удаления аденоидов](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/laryngopharyngeal/adenotomy) или при постдифтерийных парезах мягкого неба. При этом наблюдается недостаточный подъем мягкого неба и неполное нёбно-глоточное смыкание при фонации.

Причинами закрытой органической ринолалии выступают различного рода анатомические изменения в носовой полости или носоглотке. Передняя закрытая ринолалия может быть связана с наличием [искривления носовой перегородки](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/nasal_septum_injuries), [полипов носа](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/nasal-polyp), гипертрофии слизистой, [опухолей полости носа](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/nasal-cavity-tumor). Задняя закрытая ринолалия вызывается [аденоидами](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/adenoids), полипами, фибромами носоглотки, ростом непарной глоточной миндалины и т. д.

Закрытая функциональная ринолалия возникает при гипертонусе мягкого неба, препятствующем выходу воздушной струи через нос. Данное состояние может развиваться вследствие аденоидэктомии, неврологических нарушений, а также на фоне копирования гнусавой речи окружающих.

## Симптомы ринолалии

При открытой органической ринолалии, обусловленной врожденными расщелинами лица, с первых дней жизни у ребенка страдают жизненно-важные функции питания и дыхания. При кормлении ребенка молоко вытекает через нос, поэтому новорожденный недостаточно набирает массу тела и недополучает необходимые питательные вещества. Вдыхаемый воздух не успевает достаточно согреться в носовых ходах, т. к. через расщелину сразу поступает в нижние дыхательные пути. Дети с небными расщелинами и открытой ринолалией предрасположены к возникновению [гипотрофии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/hypotrophy), [отита](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/otitis), [евстахиита](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/eustachitis), [бронхита](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/bronchitis), [пневмонии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/pneumonia). Врожденные небные расщелины часто сочетаются с [неправильным прикусом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/malocclusion).

Состояние интеллекта у детей с открытой ринолалией может быть различным – от нормы до [ЗПР](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/mental-retardation) и олигофрении различной степени. Часто у детей наблюдаются неврологические знаки: нистагм, [птоз](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/upper-eyelid-ptosis), гиперрефлексия.

Долингвистический период у детей с ринолалией протекает аномально: обращает внимание отсутствие модулированного и разнообразного лепета, тихая или беззвучная артикуляция звуков. Речевое развитие при ринолалии также запаздывает: первые слова ребенок нередко произносит после 2-х лет. Речь невнятная, невыразительная и непонятная для окружающих.

При открытой органической ринолалии грубо нарушается артикуляция звуков и звукопроизношение. Корень языка постоянно находится в приподнятом положении, а кончик языка – в пассивном, опущенном, в связи с чем большая часть согласных приобретает «заднеязычный» оттенок и напоминает звук [х]. При открытой ринолалии все звуки имеют сильный носовой (назальный) оттенок, между собой практически не дифференцируются; голос становится глухим и тихим.

Стремясь произносить звуки более внятно, дети напрягают мимическую мускулатуру, мышцы губ, языка и крыльев носа, что приводит к возникновению гримас и еще больше ухудшает общее впечатление от речи.

Неточная артикуляция и искаженное звучание звуков сопровождается вторичным нарушением слуховой дифференциации и фонематического анализа, приводя к нарушениям письменной речи – [дисграфии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysgraphia) и [дислексии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dyslexia). Ограничение речевых контактов у детей с ринолалией приводит к недостаточной сформированности словарного запаса и грамматической стороны речи, т. е. [ОНР](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/onr).

Если ребенок с открытой органической ринолалией осознает и переживают свой дефект, это вызывает у него развитие вторичных психических наслоений: замкнутости, раздражительности, застенчивости.

При открытой функциональной ринолалии страдает, главным образом, звукопроизношение гласных; согласные звуки остаются сохранными ввиду достаточного нёбно-глоточного смыкания.

Закрытая органическая ринолалия сопровождается нарушением произношения носовых звуков ([м], [м'], [н], [н']), заменой [м] на [б], [н] на [д]. При этом также страдает тембр голоса; из-за невозможности носового дыхания дети вынуждены дышать ртом. Дети с закрытой органической ринолалией склонны к простудным заболеваниям, развитию [астенического синдрома](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/asthenia). При закрытой функциональной ринолалии голос приобретает тусклый, неестественный, мертвый оттенок.

## Диагностика ринолалии

Обследование детей и взрослых с ринолалией многопланово и проводится различными специалистами: [отоларингологом](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-otorhinolaryngology/otolaryngologist), стоматологом хирургом, [ортодонтом](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-stomatology/orthodontist), [неврологом](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-neurology/neurologist), [фониатром](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-otorhinolaryngology/phoniatrist), [логопедом](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-logopaedics/logopedist), дефектологом, психологом. Наиболее важными инструментальными исследованиями, позволяющими выявить причины ринолалии, служат рентгенография носоглотки, [риноскопия](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopic-otolaryngology/rhinoscopy),[фарингоскопия](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopic-otolaryngology/pharyngoscopy), [электромиография](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-neurology/electromyography) и др.

При [логопедическом обследовании](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/) больного с ринолалией основное внимание уделяется оценке строения и подвижности артикуляционного аппарата, физиологического и фонационного дыхания, нарушений голоса. Для выявления открытой ринолалии используется проба Гутцмана – произнесение гласных [а] и [и] с попеременным закрытием и открытием носовых ходов. При зажатых ноздрях звуки заглушаются, одновременно логопед ощущает пальцами сильную вибрацию крыльев носа. Затем исследуется звукопроизношение всех гласных и согласных звуков, просодическая сторона речи, фонематические процессы, состояние лексики и грамматики; у школьников – состояние чтения и письма. На основании медицинской диагностики и [обследования устной речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/speech) намечается план лечебной и коррекционно-педагогической работы при ринолалии.

## Коррекция ринолалии

При органических формах ринолалии требуется устранение анатомических дефектов: изготовление глоточного обтуратора, хирургическая коррекция деформаций лица ([уранопластика](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/correction-cleft-palate/palatoplasty), [велофарингопластика](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/correction-cleft-palate/velofaringoplastika), [хейлопластика](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/correction-cleft-lip/chiloplasty)), аденотомия, [полипотомия носа](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/nasal-polyp/polypotomy),[септопластика](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/septoplasty/bone), [удаление новообразований глотки](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/laryngopharyngeal/neoplasm) и пр. Главная роль в лечении функциональной ринолалии принадлежит[физиотерапии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/physiotherapy/) и психотерапии. Медицинское воздействие дополняется дифференцированной логопедической работой. Особенности коррекционного процесса рассмотрим на примере ринолалии при нёбных расщелинах.

Логопедические занятия по коррекции открытой органической ринолалии проводят в до- и послеоперационной периоде. До операции проводится артикуляционная гимнастика, дыхательная гимнастика, [логопедический массаж](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-phonational/logopedic-massage) (пальцевой массаж фрагментов твердого нёба и [вибрационный массаж](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/vibromassage/mechanical) мягкого нёба). На этом этапе необходимо работать над постановкой и автоматизацией доступных звуков (при сохранении их назального оттенка), развивать силу и гибкость голоса, расширять словарь ребенка, воспитывать слуховое внимание и фонематический слух и т. д.

Целью послеоперационной работы по [коррекции ринолалии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-phonational/rhinolalia) служит закрепление достигнутых навыков в новых анатомических условиях. С этой целью проводится массаж послеоперационных рубцов нёба, развитие полноценного нёбно-глоточного смыкания, выработка дифференцированного ротового и носового выдоха, коррекция звукопроизношения, устранение назального оттенка голоса, ликвидация пробелов в лексико-грамматическом строе и фразовой речи.

## Прогноз и профилактика ринолалии

Функциональная ринолалия, как правило, имеет благоприятный прогноз и устраняется с помощью фониатрических упражнений и логопедических занятий. Эффективность преодоления органической ринолалии во многом определяется результатами хирургического лечения, сроками начала и полнотой логопедической работы. Профилактика ринолалии заключается в предупреждении возникновения и своевременном устранении анатомических дефектов и функциональных расстройств речевого аппарата.

**Источник:**

1. <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/>

# Общее недоразвитие речи (ОНР)



**Общее недоразвитие речи (ОНР)** – несформированность звуковой и смысловой сторон речи, выражающаяся в грубом или остаточном недоразвитии лексико-грамматических, фонетико-фонематических процессов и связной речи. Среди детей с речевой патологией дети с ОНР составляют самую многочисленную группу - около 40%. Глубокие недостатки в развитии устной речи в дальнейшем неизбежно приведут к нарушению письменной речи – [дисграфии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysgraphia) и[дислексии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dyslexia).

В [логопедии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/logopaedics/) термины «[фонетико-фонематическое недоразвитие](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/ffn)» (ФФН) и «общее недоразвитие речи» (ОНР) используются для обозначения несформированности тех или иных структурных компонентов речевой системы при различных речевых расстройствах. ОНР может наблюдаться при синдроме [дизартрии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysarthtia), [ринолалии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/rhinolalia), [алалии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/alalia), [афазии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/aphasia).

## Классификация ОНР

По клиническому составу категория детей с ОНР неоднородна, в связи с чем ее делят на 3 группы:

* ***неосложненные формы ОНР*** (у детей с минимальной мозговой дисфункцией: недостаточной регуляцией мышечного тонуса, моторных дифференцировок, незрелостью эмоционально-волевой сферы и т. д.)
* ***осложненные формы ОНР*** (у детей с неврологическими и психопатическими синдромами: церебрастеническим, гипертензионно-гидроцефалическим, судорожным, гипердинамическим и др.)
* ***грубое недоразвитие речи*** (у детей с органическими поражениями речевых отделов головного мозга, например, при моторной алалии).

С учетом степени ОНР выделяют 4 уровня речевого развития:

* ***1 уровень речевого развития*** - «безречевые дети»; общеупотребительная речь отсутствует.
* ***2 уровень речевого развития*** – начальные элементы общеупотребительной речи, характеризующиеся бедностью словарного запаса, явлениями аграмматизма.
* ***3 уровень речевого развития*** – появление развернутой фразовой речи с недоразвитием ее звуковой и смысловой сторон.
* ***4 уровень речевого развития*** – остаточные пробелы в развитии фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон речи.

Подробная характеристика речи детей с ОНР различных уровней будет рассмотрена ниже.

## Характеристика ОНР

В анамнезе детей с ОНР часто выявляется [внутриутробная гипоксия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/fetal-hypoxia), [резус-конфликт](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/rhesus-conflict), [родовые травмы](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/neonatal-birth-trauma), [асфиксия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/newborn-asphyxia); в раннем детстве – [черепно-мозговые травмы](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/brain-injury), частые инфекции, хронические заболевания. Неблагоприятная речевая среда, дефицит внимания и общения еще больше тормозят течение речевого развития.

Для всех детей с ОНР характерно позднее появление первых слов – к 3-4, иногда – к 5 годам. Речевая активность детей снижена; речь имеет неправильное звуковое и грамматическое оформление, малопонятна. Вследствие неполноценной речевой деятельности страдает память, внимание, познавательная деятельность, мыслительные операции. Детям с ОНР присуще недостаточное развитие координации движений; общей, тонкой и речевой моторики.

У детей с ОНР 1 уровня фразовая речь не сформирована. В общении дети пользуются лепетными словами, однословными предложениями, дополненными мимикой и жестами, смысл которых вне ситуации непонятен. Словарный запас у детей с ОНР 1 уровня резко ограничен; в основном включает отдельные звуковые комплексы, звукоподражания и некоторые обиходные слова. При ОНР 1 уровня также страдает импрессивная речь: дети не понимают значения многих слов и грамматических категорий. Имеет место грубое нарушение слоговой структуры слова: чаще дети воспроизводят только звукокомплексы, состоящие из одного-двух слогов. Артикуляция нечеткая, произношение звуков неустойчивое, многие из них оказываются недоступными для произношения. Фонематические процессы у детей с ОНР 1 уровня носят зачаточный характер: фонематический слух грубо нарушен, для ребенка неясна и невыполнима задача фонематического анализа слова.

В речи детей с ОНР 2 уровня, наряду с лепетом и жестами, появляются простые предложения, состоящие из 2-3 слов. Однако, высказывания бедны и однотипны по содержанию; чаще выражают предметы и действия. При ОНР 2 уровня отмечается значительное отставание качественного и количественного состава словаря от возрастной нормы: дети не знают значения многих слов, заменяя их похожими по смыслу. Грамматический строй речи не сформирован: дети не правильно употребляют падежные формы, испытывают трудности в согласовании частей речи, употреблении единственного и множественного числа, предлогов и т. д. У детей с ОНР 2 уровня по-прежнему редуцируется произношение слов с простой и сложной слоговой структурой, стечением согласных. Звукопроизношение характеризуется множественными искажениями, заменами и смешениями звуков. Фонематическое восприятие при ОНР 2 уровня отличается выраженной недостаточностью; к звуковому анализу и синтезу дети не готовы. Дети с ОНР 3 уровня пользуются развернутой фразовой речью, но в речи используют преимущественно простые предложения, затрудняясь в построении сложных. Понимание речи приближено к норме, затруднения составляет понимание и усвоение сложных грамматических форм (причастных и деепричастных оборотов) и логических связей (пространственных, временных, причинно-следственных отношений). Объем словарного запаса у детей с ОНР 3 уровня значительно увеличивается: дети употребляют в речи практически все части речи (в большей степени – существительные и глаголы, в меньшей – прилагательные и наречия); типично неточное употребление названий предметов. Дети допускают ошибки в использовании предлогов, согласовании частей речи, употреблении падежных окончаний и ударений. Звуконаполняемость и слоговая структура слов страдает только в трудных случаях. При ОНР 3 уровня звукопроизношение и фонематическое восприятие по-прежнему нарушены, но в меньшей степени.

При ОНР 4 уровня дети испытывают специфические затруднения в звукопроизношении и повторении слов со сложным слоговым составом, имеют низкий уровень фонематического восприятия, допускают ошибки при словообразовании и словоизменении. Словарь у детей с ОНР 4 уровня достаточно разнообразен, однако дети не всегда точно знают и понимают значение редко встречающихся слов, антонимов и синонимов, пословиц и поговорок и т. д. В самостоятельной речи дети с ОНР 4 уровня испытывают трудности в логическом изложении событий, часто пропускают главное и «застревают» на второстепенных деталях, повторяют ранее сказанное.

## Логопедическое обследование при ОНР

На предварительном этапе [диагностического обследования речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/) [логопед](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-logopaedics/logopedist) знакомится с медицинской документацией (данными осмотра ребенка с ОНР [детским неврологом](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-neurologist), [педиатром](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatrician) и др. детскими специалистами), выясняет у родителей особенности протекания раннего речевого развития ребенка.

При [диагностике устной речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/speech) уточняется степень сформированности различных компонентов языковой системы. Обследование детей с ОНР начинается с изучения состояния связной речи - способности к составлению рассказа по картинке, серии картинок, пересказу, рассказу и т. д. Затем логопедом исследуется уровень развития грамматических процессов (правильность словообразования и словоизменения; согласования частей речи; построения предложения и пр.). Обследование словарного запаса при ОНР позволяет оценить умение детей правильно соотносить то или иное слово-понятие с обозначаемым предметом или явлением.

Дальнейший ход обследования ребенка с ОНР предполагает изучение звуковой стороны речи: строения и моторики речевого аппарата, звукопроизношения, слоговой структуры и звуконаполняемости слов, способности к фонематическому восприятию, звуковому анализу и синтезу. У детей с ОНР необходимо проведение [диагностики слухоречевой памяти](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/memory) и других психических процессов.

Результатом обследования состояния речевых и неречевых процессов у ребенка с ОНР является логопедическое заключение, отражающее уровень речевого развития и клиническую форму речевого нарушения (например, ОНР 2 уровня у ребенка с моторной формой алалии). ОНР следует отличать от [задержки речевого развития](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/speech-retardation) (ЗРР), при которой отстает только темп формирования речи, но не нарушается формирование языковых средств.

## Коррекция ОНР

Логопедическая работа по [коррекции ОНР](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-disorders/total) выстаивается дифференцированно, с учетом уровня речевого развития.

Так, основными направлениями при ОНР 1 уровня является развитие понимания обращенной речи, активизация самостоятельной речевой активности детей и неречевых процессов (внимания, памяти, мышления). При обучении детей с ОНР 1 уровня не ставится задача правильного фонетического оформления высказывания, но обращается внимание на грамматическую сторону речи.

При ОНР 2 уровня ведется работа над развитием речевой активности и понимания речи, лексико-грамматических средств языка, фразовой речи и уточнением звукопроизношения и вызыванием отсутствующих звуков.

На логопедических занятиях по коррекции ОНР 3 уровня проводится развитие связной речи, совершенствование лексико-грамматической стороны речи, закрепление правильного звукопроизношения и фонематического восприятия. На этом этапе уделяется внимание подготовке детей к усвоению грамоты.

Целью логопедической коррекции при ОНР 4 уровня служит достижение детьми возрастной нормы устной речи, необходимой для успешного школьного обучения. Для этого необходимо совершенствовать и закреплять произносительные умения, фонематические процессы, лексико-грамматическую сторону речи, развернутую фразовую речь; развивать графо-моторные навыки и первичные навыки чтения и письма.

Обучение школьников с тяжелыми формами ОНР 1-2 уровня осуществляется в школах для детей с тяжелыми речевыми нарушениями, где главное внимание уделяется преодолению всех сторон речевого недоразвития. Дети с ОНР 3 уровня учатся в классах коррекционного обучения при массовой школе; с ОНР 4 уровня – в обычных классах.

## Прогноз и профилактика ОНР

Коррекционно-развивающая работа по преодолению ОНР – очень длительный и трудоемкий процесс, который должен начинаться, как можно раньше (с 3-4-х лет). В настоящее время накоплен достаточный опыт успешного обучения и воспитания детей с различными уровнями речевого развития в специализированных («речевых») дошкольных и школьных учебных заведениях.

Предупреждение ОНР у детей аналогично профилактике тех клинических синдромов, при которых оно возникает (алалии, дизартрии, ринолалии, афазии). Родителям следует уделять должное внимание речевой среде, в которой воспитывается ребенок, с раннего возраста стимулировать развитие его речевой активности и неречевых психических процессов.

**Источник:**

1. <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/>

# Фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН)



**ФФН (фонетико-фонематическое недоразвитие)** – несформированность звуковой стороны речи, характеризующаяся фонетическими и фонематическими дефектами. Главным определяющим признаком ФФН является незавершенность формирования процессов произношения и восприятия фонем, близких по акустико-артикуляционными характеристикам. ФФН представляет серьезное препятствие на пути овладения навыками письма и чтения и является риск-фактором развития [дисграфии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysgraphia) и [дислексии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dyslexia) у детей школьного возраста.

Нарушения средств общения (ФФН и [ОНР](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/ffn)) являются категориями психолого-педагогической классификации речевых нарушений, отражающими уровень сформированности языковых средств и позволяющими в соответствии с этим выстраивать логопедическую работу. ФФН объединяет обширную группу [нарушений речи](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder): артикуляторно-фонематическую и акустикофонематическую [дислалию](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dyslalia), [дизартрию](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysarthtia), [ринолалию](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/rhinolalia). Дети с ФФН составляют 20-25 % от общего количества детей с речевыми нарушениями.

## Классификация ФФН

По выраженности нарушений звуковой стороны речи выделяют легкую, среднюю и тяжелую степень ФФН:

***Легкая степень ФФН*** характеризуется нарушением дифференциации только дефектно произносимых звуков. В остальном звуко-слоговая структура слова анализируется правильно.

***Средняя степень ФФН*** характеризуется более грубыми нарушениями звукового анализа. Отмечается недостаточная дифференциация значительного числа звуков, входящих в различные фонетические группы. В устной речи их артикуляция сформирована достаточно.

***Тяжелая степень ФФН*** характеризуется глубоким фонематическим недоразвитием, когда ребенок не воспринимает звуки на слух, не различает их, не может выделить их в слове и установить последовательность.

## Характеристика ФФН

При ФФН у детей имеет место расстройство произносительной стороны речи и особого фонематического слуха, способствующего различению и узнаванию фонем родного языка. Физиологический слух и интеллект у детей с ФФН сохранны. Структура дефекта при ФФН характеризуется несформированностью звуковой стороны речи, нарушением дифференциации звуков, сходных по артикуляторным и акустическим признакам, нарушением слоговой структуры слова, нерезко выраженным лексико-грамматическими нарушениями.

Нарушения звуковой стороны речи у детей с ФФН представлены фонематическими (смешением и заменами звуков) и фонетическими дефектами (искажением звуков) Наиболее часто отмечаются замены артикуляторно сложных звуков более простыми ([р] на [л], [ш] на [ф], [с] на [т] и пр.). Другим вариантом проявления ФФН может быть недифференцированное произношение звуков, когда один звук может служить заменителем целого ряда других звуков (например, [т´] вместо [ с´], [ ч ], [ ш ]). Еще одним дефектом при ФФН может являться смешение звуков, их неустойчивое употребление в речи: в одних случаях нужный звук произносится правильно, в других – заменяется артикуляторно или акустически близкими звуками. В дальнейшем такие нарушения будут сопровождаться однотипными заменами букв на письме (артикуляторно-акустическая дисграфия).

Фонематические нарушения часто сочетаются с фонетическими недостатками – искажением произношения одного или нескольких звуков (ротацизмом, сигматизмом, ламбдацизмом и др.). Общее количество дефектно произносимых звуков при ФФН может достигать 16-20.

Прямым следствием нарушенного звукопроизношения у ребенка с ФФН является неспособность овладеть фонематическим анализом: выделить звуки на фоне слова, определить их количество и последовательность. Детям с ФФН с трудом дается произнесение слов со стечением согласных и многосложных слов. При проговаривании таких слов отмечаются пропуски слогов, их перестановки и замены, добавления лишнего звука внутри слога и т. д. Кроме перечисленных затруднений, при ФФН может отмечаться нечеткость артикуляции.

Лексический запас и грамматический строй речи при ФФН обычно в пределах нормы, однако при специальном обследовании могут выявляться ошибки в словоизменении, согласовании частей речи, употреблении предлогов.

Наряду с нарушениями вербального характера, детям с ФФН свойственны определенные особенности протекания ВПФ: неустойчивость произвольного внимания, трудности переключения, сужение объема памяти (особенно на речевой материал), трудности в понимании абстрактных понятий, замедленное течение мыслительных процессов и т. д. Все это препятствует успешной учебной деятельности и обусловливает нестойкую успеваемость.

## Логопедическое обследование при ФФН

Приступая к [диагностическому обследованию речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/) у ребенка с ФФН, [логопед](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-logopaedics/logopedist) (из медицинской документации или из беседы с родителями) выясняет анамнестические сведения (особенности протекания беременности и родов у матери, раннего физического, психического развития ребенка). При оформлении речевой карты на ребенка с ФФН следует сделать особые отметки о состоянии слуха (по заключению [детского отоларинголога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-otolaryngologist)), неврологического статуса (по заключению [детского невролога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-neurologist)), общего здоровья (по заключению [педиатра](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatrician)).

Затем исследуется состояние и подвижность артикуляционного аппарата, оценивается состояние голосовой и дыхательной функции. При обследовании звукопроизношения обращается внимание на характер имеющихся нарушений (замены, смешение, искажение, отсутствие), различение оппозиционных фонем, способность воспроизведения слов различного слогового состава. Крайне важным при ФФН является исследование уровня сформированности навыков звукового анализа и синтеза. [Диагностика устной речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/speech) завершается изучением количественной и качественной характеристики словарного запаса, сформированности грамматического строя речи и связной речи.

При [диагностике письменной речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/speech-written) выявляется наличие специфических ошибок на письме и их характер (замены букв, аграмматизмы и др.), определяется уровень владения чтением, ошибки, понимание прочитанного.

В речевой карте обязательно фиксируются образцы детской речи, на основании которых делается заключение о наличии у ребенка ФФН.

## Коррекция ФФН

Дети с ФФН подлежат обучению и воспитанию в специальных логопедических группах детских садов, куда зачисляются на 10 месяцев с 5 или 6 лет. Школьники с нарушениями письма и чтения, обусловленными ФФН, занимаются на школьном логопункте. Основные направления логопедической работы при ФФН включают коррекцию звукопроизношения, развитие фонематических процессов, подготовку к овладению грамотой (в школе – профилактику либо коррекцию нарушений письменной речи). В процессе логопедических занятий по [коррекции ФФН](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-disorders/phonetic-phonemic) осуществляется работа над произносительной стороной речи (уточнением артикуляции, постановкой, автоматизацией и дифференциацией звуков); формированием фонематического восприятия, анализа и синтеза; обогащением словаря; развитием навыков словообразования и словоизменения, составлением простых и сложных предложений; развитием связной речи; овладением элементарными навыками чтения и письма. На занятиях по коррекции ФФН используется соответствующий возрасту наглядный и речевой материал, различные дидактические приемы, артикуляционная гимнастика, [логопедический массаж](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-phonational/logopedic-massage). Логопедическая работа по коррекции ФФН проводятся в индивидуальной, подгрупповой и фронтальной форме.

Дети с ФФН нуждаются в занятиях [детского психолога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-psychologist): развитии слухового внимания и слуховой памяти, общей и мелкой моторики, памяти, мышления.

## Прогноз и профилактика ФФН

Раннее выявление детей с ФФН и проведение целенаправленной логопедической работы позволяет полностью исправить недостатки звукопроизношения и развить фонематическое восприятие. Желательно, чтобы фонетико-фонематическое недоразвитие было устранено до поступления в школу – это является залогом успешного овладения ребенком письменной речью.

Предупреждение ФФН требует профилактики перинатальной патологии плода, заботы об общем здоровье и гармоничном развитии детей, организации правильного речевого окружения, активизации слухового внимания и гнозиса как основы формирования фонематических процессов. Важное значение имеет внимание родителей к речи своего ребенка и своевременное обращение к логопеду для коррекции имеющихся нарушений.

**Источник:**

1. <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/>