

УДК 372.461:616.89-008.434.3

**АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ОБСТЕЖЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИЗАРТРІЄЮ****О. В. БОРЯК**Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М. П. Драгоманова

*У статті наведений аналіз результатів обстеження стану мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку з дизартрією, отримані під час проведення першого (орієнтованого) етапу констатувального експерименту обстеження рівня розвитку компонентів просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією.*

*В статті дан аналіз результатів обстеження речевого розвитку дітей старшого дошкільного віку з дизартрією, отриманий в час проведення першого етапу констатувального експерименту обстеження рівня розвитку компонентів просодическої сторони речі дітей старшого дошкільного віку з дизартрією.*

*The article analyzes the results of a survey of speech development in preschool age children with dysarthria acquired during the first phase of ascertaining experiment surveys of the development of prosodic components of speech, senior preschool age children with dysarthria.*

Ключові слова: фактори ризику, дизартрія, діти з тяжкими порушеннями мовленнєвого розвитку.

Ключевые слова: факторы риска, дизартрия, дети с тяжелыми нарушениями речевого развития.

Key words: factors of the risk, appearance of dysarthria, prosodical side of speech.

Стан фізичного та психічного здоров'я сучасної дитини в Україні набуває загальнодержавного характеру. Демографічний стан в країні сьогодні ще більше загострює проблему комплексних досліджень порушень розвитку, соціально-психологічної та медичної реабілітації даної категорії дітей.

Комплексне дослідження порушень розвитку шляхом їх системного аналізу стає необхідною та загальнозначущою проблемою суспільства з огляду на факт стрімкого збільшення кількості дітей із порушеннями фізичного, психічного, інтелектуального, емоційного розвитку [1, с. 46].

У працях А. П. Анохіна, В. І. Бондаря, Л. С. Виготського, В. В. Лебединського, Л. В. Кузнецова, В. І. Лубовського, О. Р. Лурія, І. В. Мамайчука, В. Г. Петрової, Т. В. Сак, В. М. Синьова, О. П. Хохліної, М. К. Шеремет та інших науковців комплексне дослідження порушень розвитку стає загальнозначущою проблемою суспільства з огляду на стрімке збільшення дітей із проблемами фізичного, психічного, емоційного розвитку, спричиненого впливом негативних екологічних, соціально-економічних, демографічних та внутрішніх біологічних чинників, які ускладнюють або практично унеможливають їхню соціально-психологічну адаптацію, входження в освітній простір і майбутнє професійне самовизначення [2].

Актуальною ця проблема є для дошкільників із порушеннями мовлення, оскільки сьогодні в Україні спостерігається тенденція до зростання кількості дітей із тяжкими порушеннями мовлення.

Факт збільшення кількості дітей дошкільного віку, котрі мають порушення мовленнєвого розвитку (Н. В. Вісневська, Н. В. Манько, В. М. Синьов, В. В. Тарасун, В. В. Тищенко, М. К. Шеремет та ін.), вимагає перегляду методів та форм виховання та навчання зазначеної категорії дітей. Сьогодні досить гострою проблемою логопедичної галузі є проблема дизартрії, корекція якої має важливе медико-педагогічне, психологічне та соціальне значення.

У зв'язку з цим метою даної статті є ознайомлення з результатами дослідження факторів ризику, які виникають у різні періоди антенатального розвитку дитини і впливають на виникнення дизартрії; ознайомлення з результатами обстеження мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. Мета нашого дослідження була втілена в наступні завдання: по-перше, під час першого етапу констатувального експерименту нашого дослідження вивчити анамнестичні дані розвитку дитини; по-друге, з'ясувати наявність патогенних факторів у різні періоди розвитку дитини, які могли вплинути на виникнення дизартричних розладів мовлення; по-третє, провести логопедичне обстеження мовленнєвого розвитку дітей 5–6 років з дизартрією і опрацювати отримані результати.

Традиційно у вітчизняній та зарубіжній неврології і логопедії терміном "дизартрія" позначається два різні стани: набуті порушення звуковимови та аномалія формування вимовної здібності, що обумовлена грубою неповноцінністю іннервації артикуляційних органів (О. М. Вінарска, Г. В. Гуровець,

О. М. Мастюкова, С. І. Маєвська, Л. В. Мелехова, О. В. Пулатова, Є. Ф. Собонович та ін.). Клінічна картина дизартрії була описана більше ста років тому в рамках псевдобульбарного синдрому (Lepine, 1977, A. Oppenheim, 1885, G. Pezitz, 1902).

1911 року Н. Gutzmann визначив дизартрію як порушення артикуляції та виділив дві її форми: центральну та периферичну. Великий вплив на розуміння дизартрії здійснили праці М. С. Маргуліса (1926), який чітко відмежував дизартрію від моторної афазії і виділив бульбарну та церебральну форми. Автор запропонував класифікацію церебральних форм дизартрії, в основу якої був покладений принцип локалізації вогнищ ураження головного мозку. Важливим етапом у розвитку проблеми дизартрії стало вивчення локально-діагностичних проявів дизартричних розладів у працях Л. Б. Літвака (1959), а також О. М. Вінарської (1973), у яких уперше було проведено комплексне нейролінгвістичне вивчення дизартрії. На сучасному етапі проблема дизартрії дитячого віку інтенсивно розробляється в клінічному, нейролінгвістичному, психолого-педагогічному напрямках. Найбільш досконало вона описана в дітей з церебральним паралічем (М. Б. Ейдінова, О. М. Правдіна-Вінарська, 1959; К. О. Семенова, 1968; О. М. Мастюкова, 1969, 1971, 1979, 1983; І. І. Панченко, 1979; Л. О. Данілова, 1975 та ін.). У зарубіжній літературі ця проблема представлена працями G. Bohme, 1966; M. Climent, T. E. Twitchell, 1959; P. D. Neilson, N. O'Dwer, 1984.

Слід відзначити одну з перших класифікацій дизартрії за ступенем розбірливості мовлення для оточуючих, запропоновану французьким невропатологом Tardieu (1968 р.):

I ступінь порушення — мовленнєві порушення виявляються тільки спеціалістом у процесі обстеження дитини;

II ступінь порушення — мовленнєві порушення помітні всім, але мовлення зрозуміле для оточуючих;

III ступінь порушення — мовлення мало-розуміле для оточуючих, дитину розуміє тільки мати;

IV ступінь порушення — мовлення дитини незрозуміле навіть близьким, або відсутнє зовсім.

Етіологічно дизартрія обумовлена корковими, підкорковими, мозочковими та бульбарними порушеннями внаслідок різноманітних несприятливих факторів: родові травми, запальні процеси, утворення пухлин, а також постнатальні травми мозку. При цьому можливі uszkodження кори головного мозку в передній ділянці прецентральної звивини, порушення пірамідних шляхів та поєднуючих їх волокон, координаційних центрів у мозочку, ядер черепно-мозкових нервів у довгастому мозку

(Л. Н. Шендерович, 1938, A. Oppenheim, 1885, В. Б. Слонімска, 1936). Тому в контексті нашого дослідження доцільним, на нашу думку, обстеження дітей старшого дошкільного віку розпочати зі з'ясування факторів ризику виникнення дизартрії.

Тому перший (орієнтовний) етап констатувального експерименту нашого дослідження складався з двох блоків.

Перший блок — вивчення анамнестичних даних. З метою виявлення особливостей раннього розвитку дітей нами були проаналізовані медичні карти дошкільників, проведені опитування батьків. У ході роботи нами були окреслені основні напрями, а саме: з'ясувати наявність патогенних факторів у різні періоди розвитку дитини (пренатальному, натальному, ранньому постнатальному), які могли вплинути на формування різних компонентів мовленнєвої системи.

Під час дослідження особлива увага зверталася на вік матері під час народження дитини; наявність спадкових мовленнєвих порушень, нервово-психічних, хронічних соматичних захворювань у батьків та рідних до народження дитини; збиралися відомості про особливості перебігу вагітності та пологів; аналізувалися дані про протікання домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дитини; зверталася увага на особливості становлення психомоторних функцій дитини до моменту обстеження; з'ясувалося, які соматичні (інфекційні) захворювання перенесла дитина, оцінювали їх імовірний вплив на виникнення відхилень у ході її мовленнєвого розвитку.

Базою дослідження були спеціалізовані групи для дітей із тяжкими порушеннями мовлення в спеціальних дошкільних навчальних закладах № 174, 193, 248 м. Одеси. У констатувальному експерименті брали участь 102 дитини 5–6-річного віку з дизартрію. Розподіл обстежуваних за статтю відповідав загальній тенденції більшої кількості хлопчиків (61%), ніж дівчаток (39%).

Як відомо, для раннього діагностування дизартрії і правильної організації комплексної дії необхідно знати симптоми, які характеризують ці порушення. Згідно з традиційними методиками обстеження дитини починається з бесіди з батьками і вивчення поліклінічної карти розвитку дитини. У ході проведення збору анамнестичних даних були отримані наступні результати.

Аналізуючи час народження дітей даної нозології за сезонним розподілом, ми отримали наступні дані: 42 (41%) дитини народилися в літній період, переважно в серпні (17,6%); 24 (23,5%) весною, 20 (19,6%) — восени, 16 (15,6%) — узимку.

У 46 (45%) випадках діти народилися від першої вагітності матері, у 36 (35%) — від 2–3

вагітності. Із загальної кількості обстежуваних дітей 68 дітей (67%) — перші діти в сім'ї.

У результаті вивчення медичних карток та бесіди з батьками серед факторів ризику виникнення дизартрії нами було виділені наступні чинники (рис. 1):

1. Загроза переривання вагітності пов'язана із токсикозом: у перший триместр була наявна в 46 випадках (45%), у другий триместр — у 16 випадках (15,6%), третій семестр у 26 випадках (25%). Погро-

за переривання вагітності протягом усього часу — 16 випадків (15,6%).

2. Ускладнення пологів пов'язані з кесаревим розтином були наявні в 40 (39%) випадках.

3. Фактори ризику пов'язані з супутніми ускладненнями пологів у вигляді: гіпоксія плоду (19,6%), залучання акушерських щипців (17,6%), пологові травми (9,8%), обвиття пуповиною (5,8%).

Кількість балів за шкалою Апгар у 82% дітей (84) складає 6–7 балів.

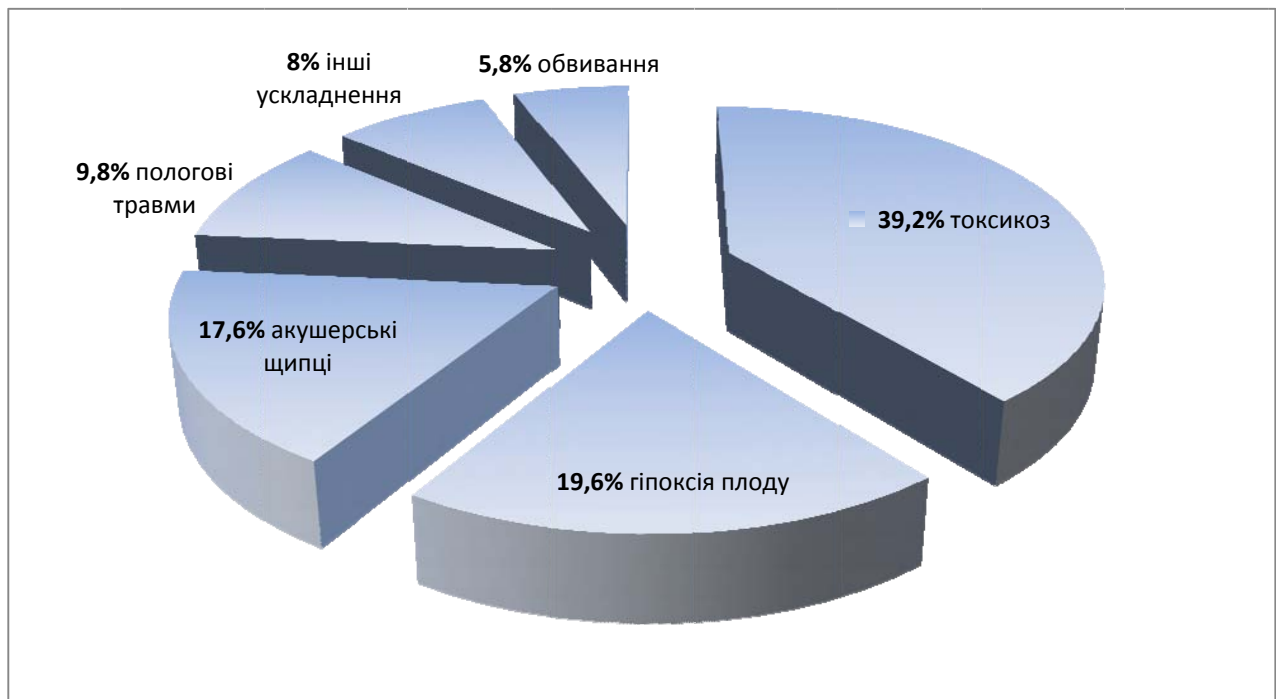


Рис. 1. Фактори ризику виникнення дизартрії

У немовлячий період від 0 до 1 року патологічна домовленнєва симптоматика в психомоторному розвитку дитини не виявляється, оскільки до теперішнього часу не введено в практику скринінгове обстеження психомоторних функцій дітей.

Спираючись на ретроспективний аналіз історії хвороби, клінічних висновків, додаткових медичних (неврологічних) обстежень, анамнестичних даних у дітей із дизартрією, ми виявили низку системних порушень розвитку дихальної, нервової системи, аналізаторних систем (зорової, рухової).

Так у 56 обстежених дітей нами зафіксовано часті респіраторні захворювання в перші три роки життя, які в 40 випадках призвели до гострих та хронічних бронхітів; 23 дитини в ранньому віці перенесли інфекційні захворювання, а саме: вітряну віспу. Високий показник частих захворювань, на нашу думку, негативно вплинув на загальний стан здоров'я дитини, а в подальшому виступив неспри-

ятливим чинником для розвитку мовленнєвого дихання (у більшості дітей під час обстеження виявлений поверховий (ключичний) тип дихання. В 89 випадках, незалежно від мовленнєвого розвитку, домінує неповне поверхневе дихання. При цьому інтервал часу вдих-видих короткий, недостатній для вимови частини речення (синтагми), повітряний струмінь дещо послаблений, спостерігається деяке згасання сили звуку, інтонаційне збіднення мовлення дитини.). При обстеженні в 44 (43%) дітей виявлено неврологічну симптоматику від легкої до більш вираженої. Неврологічний статус цих 44 дітей у 26 випадках включав наслідки мінімальних мозкових дисфункцій (ММД), у 18 випадках гіпертензійно-лікворний синдром (ГЛС), у 14 — церебральний або астено-невротичний синдроми. При обстеженні в 53 (51,9%) дітей виявлені функціональні розлади опорно-рухової системи у вигляді вальгусної постави стоп (17,6%), сколіотичних порушень постави (11%),

плоскостопість (11%), деформації переднього відділу стоп (10%).

У другому блоці першого (орієнтовного) етапу констатувального експерименту здійснювалося комплексне логопедичне обстеження, під час якого з'ясовували рівень сформованості загального розвитку дитини. Особлива увага зверталася на стан артикуляційної моторики, звуковимови, на рівень розвитку фонематичного слуху, оскільки саме ці компоненти є вагомими для формування повноцінної просодичної сторони мовлення. Під час обстеження фонематичного слуху, лексичний матеріал для обстеження дитини підбирався індивідуально, не містив звуків, які мають вади вимови, щоб виключити вплив труднощів артикуляційного характеру.

Аналіз одержаних результатів логопедичного обстеження дітей старшого дошкільного віку з дизартрією проводився відповідно зазначеної у методиці програмної послідовності констатувального етапу дослідження.

Узагальнені результати показали особливості перебігу раннього психомоторного розвитку та суттєві темпи відставання від нормативних показників у 85 (81%) дітей із дизартрією від народження до трьох років. Виявлено, що уже на першому місяці життя в 50 малюків до одного року відмічалася певна рухова загальмованість, на кінець першого місяця життя лише 15 (10,5%) новонароджених із дизартрією мали спробу підняти голову, в решти малюків ці намагання спостерігалися з відставанням (порівняно з нормою) на 1–3 місяці.

За результатами бесіди з батьками було виявлено своєрідність розвитку емоційно-психічної сфери дитини з дизартрією, яка закладає основу онтогенезу мовлення. Вона полягає у певній емоційній пасивності реакцій, їх безбарвності, незначній емоційно-руховій загальмованості, невиразності мімічних гримас, як реакції на різні подразники, інтонаційній невиразності гуління, відсутності яскравих вокалізацій у період емоційного задоволення. Відмічалася більш пізня поява етапу гуління (в середньому на 2–2,5 місяці).

Одержані результати дали підстави констатувати стійкі відставання у темпах та строках, своєрідність формування та збідненість долінгвістичного і монологічного мовлення в дітей із дизартрією. При цьому вже на ранніх етапах у даної категорії дітей спостерігалось порушення темпу, ритму та інтонаційної виразності.

Результати вивчення розвитку дітей з дизартрією раннього віку показали, що вже до трирічного віку доцільно виділити так звану групу "логопедичного ризику" обумовлену тим, що саме ці діти проявили низькі показники домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку. Так у 48 (47%) дітей у

віці до одного року в мовленні нараховується від 5 до 10 слів, у 55 (53%) перші слова з'явилися у 2–3 роки. Використання фразового мовлення в 21 дитини (20%) почалося з дворічного віку, у 67 дітей (66%) фразове мовлення з'явилося після трирічного віку.

У результаті комплексного аналізу особливостей експресивного мовлення в дітей з дизартрією окреслені характерні ознаки його порушень і зведено їх у відповідні симптомокомплекси: а) розлади фонетичної сторони мовлення; б) розлади фонематичної сторони мовлення; в) розлади лексико-граматичної сторони мовлення.

Найбільш розповсюдженими у дошкільників із дизартрією є порушення вимови свистячих і шиплячих звуків, вимова сонорних. Найбільш розповсюдженими у даної групи дошкільників є порушена вимова шиплячих звуків та сонорного [р] в 87% випадків. Неправильна вимова даної групи звуків дітьми на нашу думку зумовлюється порушеннями мовленнєвої моторики, зокрема функції рухових нервів, що беруть участь у артикуляції (нижньої гілки трійчастого, лицевого, під'язикового та язиково-глоткового нервів).

Порушення фонетичної сторони мовлення у дітей даної нозології мають своєрідність, що виявляється порушеннями слухового сприймання мовлення, розрізнення на слух правильного й викривленого звуків, які впливають на правильне засвоєння вимовляння звуків в цілому. Тому в дітей старшого дошкільного віку з дизартрією наявне недорозвинення фонематичної сторони мовлення (в 95,4% випадках).

Проведені дослідження дозволили зробити висновок, що у даної категорії дітей наявні порушення фонетичного та фонематичного сприймання. Діти з даним мовленнєвим порушенням не звертають увагу на недоліки вимови в момент говоріння в особистому мовленні, легше розпізнають дефекти в чужому мовленні, що пояснюється тим, що мовленнєворухові аналізатори гальмують процеси сприймання власного усного мовлення, що зумовлює вторинні порушення в слуховій диференціації звуків та стійке закріплення мовленнєвих дефектів.

Порушення фонетичної сторони мовлення в дошкільний період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції призводять до порушень інших сторін мовлення, зокрема лексичної й граматичної. Оскільки дизартрія вважається складним дефектом, то в його структурі, окрім виражених фонетичних і фонематичних порушень, відокремлюються й особливості лексико-граматичної сторони мовлення. Так в результаті логопедичного обстеження було виявлено, що стан лексико-граматичної сторони мовлення який відповідає ЗНМ I рівня діагностується в 10% (10) дітей, ЗНМ II рівня — 26% (27) дітей, ЗНМ

III рівня — в 63% (64) дитини. В 24% дітей під час логопедичного обстеження виявлені супутні порушення мовленнєвого розвитку. Так 17% (17) дітей мають розлади темпо-ритмічної сторони мовлення: 10% (10) — заїкання, 7% (7) дітей — логоневроз; 7% (7) дітей — алалічний синдром.

Таким чином, серед факторів ризику, що впливають на виникнення дизартрії в ході проведення обробки даних констатувального етапу експерименту нами були виділені наступні чинники: загроза переривання вагітності пов'язана із токсико-

зом; ускладнення пологів, пов'язані з кесаревим розтином; гіпоксія плоду (внутрішньоутробна гіпоксія); залучання акушерських щипців, токсоплазмоз плоду, обвиття пуповиною.

Мовленнєвому розвитку дітей старшого дошкільного віку з дизартрією притаманні: 1) затримка темпів мовленнєвого розвитку; 2) стійкі порушення фонетико-фонематичної сторони мовлення; 3) недорозвинення лексико-граматичної сторони мовлення, що призводять до виникнення мовленнєвої інактивності.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Конопляста С. Ю. Діти з вродженими незрощеннями губи та піднебіння як медико-психолого-педагогічна проблема // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна. Випуск 8 / За ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. — Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В. С., 2008. — С. 45–52.
2. Шеремет М. К., Пахомова Н. Г. Формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі: Навчально-методичний посібник. — Київ, 2009. — 137 с.

УДК 159.943.75

## ФУНКЦІОНАЛЬНА АСИМЕТРІЯ МОЗКУ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З МОВЛЕННЯМ

О. В. КОЗИНЕЦЬ

Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М. П. Драгоманова

*У статті проаналізовано причини відмінності функціонування правої та лівої півкуль мозку, висвітлено вікову динаміку функціональної асиметрії півкуль головного мозку.*

*В статье проанализировано причины отличия функционирования правого и левого полушария мозга, освещено возрастную динамику функциональной асимметрии полушарий головного мозга.*

*The article analyzes the causes of differences between the functioning of the right and left hemisphere of the brain lit age dynamics of functional asymmetry of the cerebral hemispheres.*

*Ключові слова:* функціональна асиметрія півкуль головного мозку, ліворукість, білатеральний механізм мозку, профіль функціональної асиметрії, домінуюча півкуля, епілепсія, ліво- та правопівкульний, дзеркальне письмо.

*Ключевые слова:* функциональная асимметрия полушарий головного мозга, леворукость, билатеральный механизм мозга, профиль функциональной асимметрии, доминантное полушарие, лево- и правополушарный, зеркальное письмо.

*Key words:* functional asymmetry of cerebral hemispheres, left-handedness, bilateral, brain mechanisms, the profile of functional asymmetry, dominant hemisphere, epilepsy, left- and right hemisphere, mirror writing.

Активне вивчення явища функціональної асиметрії півкуль головного мозку (розподіл психічних функцій між півкулями) почалося порівняно недавно і пов'язано, в першу чергу, з ім'ям американського психоневролога Р. Сперрі. У кінці 60-х років Р. Сперрі провів операцію по розтинку зв'язків між півкулями з метою лікування важкої форми епілепсії і в ході спостережень за своїми пацієнтами виявив, що дві півкулі мозку поводяться як два різні мозки. Людина, у якої була відключена права півкуля, а працювала ліва, зберігала здібність до мовленнєвого спілкуван-

ня, правильно реагувала на слова. Коли відключали ліву півкулю — пацієнт добре розбирався в мелодіях та інтонаціях мовлення, орієнтувався в просторі, але втрачав здатність розуміти складні словесні конструкції і абсолютно не міг зв'язно говорити [4]. Так, домінуючість однієї півкулі в мовленнєвій функції запобігає можливій конкуренції між півкулями за мовлення.

Одним з перших, хто звернув увагу на відмінності в будові мозку чоловіків і жінок, був американський нейропсихолог Герберт Ленсделл. Свої спос-