



Один в поле не воин

ПОЖАРСКАЯ И.Л.,

учитель-логопед МОУ СОШ № 4, г. Мегион, ХМАО

— Ваш ребенок плохо говорит? Вам к логопеду!

Статистика утверждает, что подобная фраза в последнее время звучит не редко, а логопеды-практики все чаще сталкиваются в работе с речевыми нарушениями, требующими длительной коррекции, которая, увы, не всегда оказывается достаточно эффективной и далеко не всегда обеспечивает стойкий результат. В чем причина? Поделюсь своими мыслями на этот счет, сославшись на отдельные публикации и собственные наблюдения последних лет.

Речь относится к разряду сложнейших психических функций и материальной основой ее является головной мозг. Именно взаимодействие множества мозговых структур обеспечивает формирование сначала устной речи, а затем — навыков чтения и письма. Говоря проще, качество речи ребенка во многом определяется состоянием процессов, происходящих в мозге, т.е., в конечном итоге, его неврологическим здоровьем.

Сведения о неврологическом статусе учащихся первых классов, получаемые в ходе ежегодных логопедических обследований, стали объектом наших наблюдений. Приведем статистику по средней общеобразовательной школе № 4 г. Мегиона Ханты-Мансийского автономного округа.

Динамика частоты неврологических отклонений у учащихся первых классов

Год обследования	Общее количество первоклассников	Количество учащихся с неврологической патологией
2002—2003	192	53 (27,6%)
2004—2005	157	88 (56,1%)
2005—2006	166	102 (61,4%)

Актуально!



Сравнение данных о частоте неврологических нарушений у первоклассников за несколько лет, а также совпадение динамики роста их числа с учащением случаев отклонений в речевом развитии побудили к более подробному изучению неврологической составляющей речевых нарушений. В процессе работы сведения об отдельных видах речевой патологии и результаты собственных наблюдений соотносились с материалами исследований ряда ученых-неврологов (О.И. Ефимова, А.И. Кайсаровой, И.В. Кривоносова, Т.Б. Лукьяновой, Ю.А. Росина и др.).

В последние годы в вышеуказанной школе обязательно появляются один-три ученика с диагнозом «моторная алалия». Как правило, родители таких первоклассников рассказывают о тяжело протекающей беременности или родах, сообщают, что первые робкие проявления речевой активности у ребенка появились в возрасте 3 лет (или позже). Слова и фразы при этом укорачивались, упрощались и искажались малышом до неузнаваемости, хотя речь окружающих он слышал и понимал достаточно хорошо, о чем свидетельствовало безошибочное выполнение данных ему словесных команд и поручений.

Здесь можно говорить о недоразвитии речевых (речедви-

гательных) зон коры головного мозга в дородовом периоде или их поражении в процессе родов.

По мнению ученых, нарушение созревания ответственных за речь областей коры больших полушарий (как речедвигательных, так и речеслуховых) может возникать внутриутробно при недостаточном снабжении данных участков кислородом. Подобное состояние вызывается патологией пуповины, затрудняющей прохождение крови из организма матери в организм ребенка, а также вследствие анемии, пороков сердца, бронхитов, связанных с курением беременной. Алалия вполне может быть спровоцирована и угнетающим воздействием на мозг плода вредных веществ, появляющихся в организме матери при ранних токсикозах беременности и различных хронических заболеваниях.

Поражение центральных речевых зон в подавляющем большинстве случаев является следствием родовых травм, когда во время родов в результате механического воздействия на организм плода возникают различные его повреждения, в том числе травмы сосудов, обеспечивающих питание мозга. Это вызывает ту или иную степень нарушения мозгового кровотока, мозг начинает испытывать дефицит питания кровью, а значит, и кислородом. Кисло-



родное голодание (гипоксия) вызывает потерю активности, а высокая его степень — гибель целых групп нервных клеток. Нарушение функции венозных сосудов, напротив, приводит к переполнению мозга кровью из-за недостаточного ее оттока. Застой крови, как и ее недостаток, способны оказывать разрушающее воздействие на мозговую структуру, поскольку приводит к повышению внутричерепного давления. Аналогичная ситуация складывается и при гидроцефалии, когда мозговое вещество оказывается сдавленным между переполненными застойной мозговой жидкостью полостями (желудочками мозга) и костями черепа, что приводит к разрушению тканей мозга и лишает его возможности нормального роста и развития.

Педагоги знают, что в работе с ребенком-алаликом даже очень профессионально выстроенная коррекция далеко не всегда гарантирует успешное усвоение школьной программы. Ничего удивительного, ведь педагогическое воздействие не может привести к норме физиологию мозга, оно не способно воссоздать нормальную структуру мозгового вещества и обеспечить ее поступательное развитие, а нервные связи, созданные в процессе коррекционного воздействия, крайне нестойки и

легко подвергаются распаду по причине сохранения неадекватных условий функционирования мозга.

Поговорим об иной ситуации, которая в последнее время преследует нас в школе буквально на каждом шагу. Практикующие логопеды знают, что подавляющее большинство отклонений звукопроизношения у детей связаны с нарушением работы мышц языка, губ, гортани, мягкого нёба, участвующих в артикуляции. Речевые органы в подобном случае попросту не способны выполнить необходимую артикуляционную позу или речевое движение, что приводит к искажению произношения звуков и, как следствие, к нарушению формирования фонематических процессов. Каждый грамотный специалист, столкнувшийся с подобным, непременно берет за укрепление мышц речевого аппарата, используя для этого массаж, артикуляционную гимнастику, а параллельно организует работу по формированию полноценного речевого слуха. Кажется, все верно. Одна беда: выполнив постановку звука, педагог вдруг встречает огромные трудности в процессе его автоматизации, а после школьных каникул с разочарованием обнаруживает, что звук, только что появившийся в речи, снова исчез.



Все это — пресловутая дизартрия, а описанная ситуация весьма логична для данного вида патологии. С точки зрения неврологии дизартрия — это нарушение речи, вызванное поражением ядер языкоглоточного, блуждающего и подъязычного черепно-мозговых нервов, находящихся в нижних отделах стволовой части мозга, или же повреждением путей, соединяющих эти ядра с корой головного мозга. Следовательно, речь в данном случае идет о дисфункции мозга на стволовом или корково-стволовом уровне.

Даже при так называемой стертой форме дизартрии, когда грубые неврологические нарушения отсутствуют, специалист при обследовании может обнаружить значительное уменьшение количества активных мотонейронов — нервных клеток, обеспечивающих выполнение полноценных артикуляторных движений. Примечательно, что самостоятельное восстановление их функции невозможно.

Было бы наивно полагать, что для достижения относительно быстрого и стойкого результата коррекционной работы в подобном случае достаточно лишь педагогического воздействия. Напротив, опыт показывает, что даже при хорошо организованной дошкольном возрасте логопедической работе и относительно благополучной устной речи к

моменту поступления в школу такие дети впоследствии испытывают трудности в обучении чтению и допускают множественные ошибки на письме. (Справка: в 2004/05 уч. г. дети-дизартрики в нашей школе составляли более 12% учащихся первых классов, а в 2005/06 — 16,9% от общего количества первоклассников.)

И все же наиболее часто встречаются в школе дисграфия и дислексия — частичные нарушения процессов письма и чтения, проявляющиеся специфическими ошибками стойкого характера. Поскольку устная и письменная речь связаны онтогенетически, появление дисграфических и дислексических ошибок у учащихся с недостатками устной речи вполне закономерно. А как же объяснить те нередкие случаи, когда названные нарушения возникают у детей, которые в дошкольном возрасте в поле зрения логопедов вовсе не попадали, поскольку заметных отклонений в речевом развитии у них не отмечалось? Подобное возможно потому, что чтение и письмо представляют собой сложные многоуровневые психофизиологические процессы, а их расстройства обусловлены не только и не столько недочетами устной речи, сколько недостаточностью ряда психических функций: внимания, па-



мяти, зрительного гнозиса, сукцессивных и симультанных процессов.

В последнее время все чаще стали появляться публикации, в которых подтверждается прослеживаемая логопедами-практиками взаимосвязь между дисграфией и дизорфографией. Действительно, организуя коррекцию письменной речи ученика по поводу дисграфии и с удовлетворением отмечая значительное уменьшение числа специфических ошибок, учитель-логопед в какой-то момент замечает, что случаи неверного написания слов и предложений снова начинают лавинообразно учащаться, но на этот раз ошибки связаны с использованием изученных орфограмм. Даже при условии, что все необходимые правила ребенок твердит «назубок», самостоятельно пользоваться ими он не способен даже после многочисленных тренировочных упражнений. Авторы публикаций признают, что причина дизорфографии — все та же неспособность к речевым обобщениям, обусловленная несформированностью ряда высших психических функций. Чтобы хоть отчасти разобраться в причинах возникновения подобной незрелости, мы отследили неврологическую патологию, сопровождающую дисграфию, дислексию и дизорфографию.

Как показала практика, чаще всего в подобных случаях мы сталкиваемся с заключениями невролога, обозначенными аббревиатурой ММД. Речь идет о так называемой малой мозговой дисфункции, которую считают отдаленным последствием гипоксического поражения мозга. В основе ММД лежат легкие сосудистые и микрососудистые повреждения головного мозга, следствием которых, при полной сохранности интеллекта, является нарушение процесса созревания ряда функций высшего порядка: речи, памяти, внимания, мышления. Наряду с отклонениями в устной и письменной речи у детей с ММД отмечают нарушения поведения, трудности во взаимоотношениях с членами семьи и одноклассниками.

Достаточно часто медицинская документация свидетельствует о проявлении у учеников-дисграфиков миотонического синдрома — состояния, свидетельствующего о нарушении функционирования ретикулярной формации — скопления нервных клеток, расположенных в центральных отделах мозгового ствола и спинного мозга. Ретикулярная формация отвечает за регуляцию нервных импульсов, оказывает активизирующее воздействие на кору больших полушарий мозга. Сбой в работе этой «энергетической субстан-



ции» сопровождается равномерным патологическим повышением или понижением мышечного тонуса, сказывается на состоянии активного внимания и трудоспособности ученика.

Нередко у учащихся с нарушениями письменной речи наблюдается астено-невротический синдром — состояние, характеризующееся крайней утомляемостью, общей слабостью, повышенной чувствительностью и эмоциональной неустойчивостью. Уже через 10—15 мин после начала урока дети с данным синдромом начинают испытывать усталость и в результате наступления охранительного торможения перестают видеть и слышать происходящее в классе, а на замечания учителя или товарищей часто отвечают приступами плача.

Еще одно часто диагностируемое в последнее время неврологами состояние — гипердинамический синдром, сопровождаемый патологически повышенной двигательной активностью ребенка, крайней неустойчивостью внимания, импульсивностью поведения и потому, как правило, приводящий к личностным и учебным трудностям. Причиной таких проявлений чаще всего является уже описанный ранее венозный застой в мозге ученика, а чрезмерная подвижность — всего лишь спо-

соб избавиться от вызванного им дискомфорта, возможность заставить сосуды работать активней и таким образом обеспечить полноценный кровоток.

Нередко нарушения письменной речи сопровождаются нестабильностью шейного отдела позвоночника или синдромом периферической цервикальной недостаточности, которые, собственно, и являются результатами травм шейного отдела позвоночника при родах, влекущими за собой уже знакомые нам нарушения кровообращения в мозге.

Полагаю, нет нужды говорить о том, что наличие у школьников неврологических проблем, описанных выше, оказывает отрицательное влияние на качество их обучения. Беседуя с логопедом о таких учениках, учителя нередко отмечают, что эти дети выполняют различные учебные задания, в том числе связанные с письмом и чтением, крайне неравномерно. На фоне определенных учебных успехов вдруг наступает немотивированное ухудшение результатов; ребенок становится рассеянным, малоактивным, плаксивым или, наоборот, очень конфликтным, агрессивным и склонным к нарушениям дисциплины. Зачастую такие явления совпадают с весенним и осенним периодами, когда более всего вероятны обостре-



ния хронических недугов. Данная картина подтверждает факт, что успешность обучения (как и коррекции) у логопатов с неврологическими заболеваниями напрямую зависит от их самочувствия, а обусловленные патологией затруднения в созревании ряда высших психических функций вполне могут стать решающим фактором, способствующим возникновению отклонений при формировании таких сложных и трудоемких навыков, как чтение и письмо.

Наши наблюдения убедительно указывают на то, что речевые отклонения нельзя вырывать из контекста неврологической патологии, поскольку значительная часть нарушений речи, исключая случаи социальной и педагогической запущенности, возникают как последствия патологических процессов, обусловленных наличием неврологических заболеваний. А это значит, что успех коррекции речи без соответствующего медицинского сопровождения весьма проблематичен; напротив, вовремя организованное лечение, наряду с логопедической коррекцией, вполне могут содействовать как предотвращению, так и устранению различного рода отклонений в формировании устной и письменной речи.

Здесь, конечно, можно горько отшутиться, сославшись на народную мудрость о том, что, к сожалению, глаз логопеда

много видит, да зуб неймет, или вспомнить о сверчке, которому следует знать свой шесток. Но при этом неплохо припомнить и о том, что массовую школу просто захлестывает огромное количество детей, страдающих расстройствами устной и письменной речи, этот «вал» увеличивается с каждым годом, а стойкость достигнутого за годы коррекции результата зачастую оставляет желать лучшего. Я испытываю горькое чувство, когда, проработав с ребенком два года и добившись многого, вдруг обнаруживаю, что из дисграфии, как бабочка из кокона, выпорхнула дизорфография, указывая на то, что самое главное — здоровье — мы все-таки упустили.

Изучая волнующий нас вопрос, мы с удивлением обнаружили, что в современной медицине есть достаточный потенциал объективных методов исследования, способных выявить влияющие на качество устной и письменной речи «поломки» в работе мозга. Среди них:

- метод ультразвуковой доплерографии, который позволяет исследовать артериальное и венозное кровоснабжение мозга;
- ультразвуковая нейросонография (УЗИ мозга), способная обнаружить наличие в мозговом веществе патологических включений (напри-



- мер, кист), а также диагностировать гидроцефалию;
- глобальная электромиография, которая помогает за несколько минут оценить состояние ствола мозга;
- электроэнцефалография, позволяющая в сочетании с другими методиками судить о зрелости мозговых структур;
- метод вызванных потенциалов, который не только помогает исследовать состояние ствола мозга и оценить функционирование ретикулярной формации, но и позволяет оценить когнитивную функцию — одну из основных составляющих интеллекта.

Было бы очень кстати иметь по большинству обозначенных проблем государственную программу, включающую и соответствующие научные исследования, и подготовку неврологов, специализирующихся на речи, и выработку методик дородового и послеродового логопедических патронажей (о которых говорила М.А. Поваляева), когда риски можно будет просчитать и устранить еще до момента поступления ребенка в школу. Подобная работа должна бы предусмотреть и создание специальных центров, где детей тщательно обследуют при помощи аппаратов, когда, рассуждая о структуре дефекта, не нужно будет

«гадать на кофейной гуще», а также организацию экспериментальных площадок, позволяющих выработать эффективные формы взаимодействия врачей с дошкольными и школьными логопедами. Там специалисты постоянно будут работать вместе, соотносить свои действия, ориентируясь на речевую динамику ребенка и деля ответственность за результат.

О чем больше всего мечтаю в профессии? Вот уж праздником души было бы с каждым годом все чаще слышать слова:

— Ваш ребенок плохо говорит? Вас ждут специалисты по этой проблеме: невролог и логопед!

Список использованной и рекомендуемой литературы

- Елецкая О.В. Нарушение формирования навыка письма у учащихся средних и старших классов общеобразовательной школы // Логопед. М., 2004. № 3.
- Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М., 1999.
- Петрова Н.Н. Если ребенок плохо говорит. М.; СПб., 2005.
- Поваляева М.А. Справочник логопеда. Ростов н/Д, 2001.
- Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников. М., 1995.