

**УДК 376.3:616.89**

**Манько Н.В.**

## **КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ВІДХИЛЕНЬ У ДОМОВЛЕННЄВОМУ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ПЕРИНАТАЛЬНИМ ПОШКОДЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

*Херсонський державний університет*

*У даній статті розглядаються критерії виявлення відхилень у домовленнєвому розвитку дітей із перинатальним пошкодженням центральної нервової системи. Автор виділяє критерії, за якими малюків першого року життя, які перенесли перинатальне пошкодження головного мозку, відносять до групи високого ризику або групи ризику щодо виникнення порушень в оволодінні мовленнєвою функцією.*

*Ключові слова: домовленнєвий розвиток, психомоторний розвиток, діти першого року життя, перинатальний період, перинатальне пошкодження ЦНС.*

Розвиток мовленнєвої функції забезпечується інтегративною діяльністю мозку. Тому для своєчасного її формування в онтогенезі важливого значення набуває нормальне функціонування всіх відділів центральної нервової системи, в тому числі кори головного мозку.

Розвиток мовлення у перші роки життя дитини проходить складний шлях і має неповторні особливості. У ньому чітко відокремлюються етапи, стадії, які тісно пов'язані між собою єдиним діалектичним процесом розвитку. Кожна більш рання стадія розвитку зумовлює оволодіння більш складною, і кожна затримка у проходженні дитиною одного етапу, спричиняє затримку у перебігу наступного, а це означає не тільки затримку формування мовлення, а й

затримку психічного розвитку дитини раннього віку в цілому (Л.Бадалян, Б.Гриншпун, Л.Журба, В.Лубовський, В.Манова-Томова, О.Мастюкова).

Перинатальна патологія ЦНС розглядається як один із основних факторів у виникненні відхилень у мовленнєвому розвитку дітей. Це обумовлено тим, що саме в перинатальному періоді (з 28 тижня внутрішньоутробного розвитку до перших 7 днів життя) часто здійснюють вплив безпосередньо або опосередковано патогенні чинники, які можуть порушувати процеси структурної та функціональної організації ЦНС [4, с.72]. Серед різноманіття патологічних станів перинатального періоду найбільш значущими причинами, що призводять до порушення нормального розвитку головного мозку згідно з положеннями Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду і Класифікації перинатальних пошкоджень нервової системи у новонароджених, є:

- 1) церебральна гіпоксія-ішемія;
- 2) пологова травма ЦНС;
3. інфекції ЦНС.
- 4) системні дисметаболічні і токсико-метаболічні порушення ЦНС [3, с.9].

Ступінь порушення центральної нервової системи при зазначених станах відрізняється варіабельністю. Тяжкість ушкоджень головного мозку залежить від терміну гестації, ступеня зрілості, а також морфологічних особливостей мозку, властивих даному гестаційному віку. Крім того, вирішального значення набувають і такі показники як тривалість та інтенсивність дії тих або інших патогенних факторів. Патогенетичні механізми церебральних пошкоджень під час інфекційних, токсико-метаболічних і гіпоксично-ішемічних впливах загалом схожі і в кінцевому результаті призводять до загибелі нервових клітин. Будь-яких неврологічних і мовленнєвих порушень, специфічних для наслідків впливу окремих факторів перинатального пошкодження ЦНС у дітей, в клініці не виділяють, тому перинатальні гіпоксично-ішемічні церебральні

пошкодження мозку можуть розглядатися в якості універсальної моделі для розвитку наслідків неврологічних і мовленнєвих розладів [2, с.19].

Мозок новонароджених менш чутливий до гіпоксії, ніж мозок дорослої людини. Така підвищена стійкість головного мозку немовляти до гіпоксії зумовлена його відносно більш низькими енергетичними потребами порівняно з мозком дорослої людини. Існують значні анатомічні відмінності в архітектоніці та морфології церебральних судин, які формуються на тій чи іншій стадії внутрішньоутробного розвитку. Ці анатомічні особливості визначають специфічність зон пошкодження головного мозку у доношених і недоношених новонароджених, що надалі виявляється у вигляді різних неврологічних порушень, у тому числі і мовленнєвих [3, с.10].

У зв'язку з тим, що становлення мовлення тісно пов'язане з розвитком сенсорних функцій, психіки, моторики, особливо дрібної, контроль за мовленнєвим розвитком є необхідним під час оцінки нервово-психічного розвитку всіх дітей раннього віку, зокрема на першому році життя.

Таку оцінку дають у процесі динамічного спостереження для отримання максимально об'єктивних результатів в порівняльному аспекті. Діагностику необхідно проводити з урахуванням скорегованого віку, оскільки становлення психомоторних і мовленнєвих функцій у недоношених і доношених дітей відбувається в різні періоди часу.

Важливо виявити не тільки затримку формування мовленнєвих функцій, але й диференціювати її – чи вона є доброякісною, (темповою), чи патологічною, що вимагає невідкладного логопедичного та медикаментозного втручання.

Домовленнєвий період обмежений першим роком життя і значною мірою реалізується за рахунок безумовно-рефлекторної нервової регуляції мовленнєвого апарату. На першому році життя діти послідовно проходять кілька стадій домовленнєвого розвитку, для кожної з яких характерними є звукові реакції певного типу. Виділяють наступні типи вокалізацій: крик, плач, кряхтіння (з'являються після народження), гуління (з'являється наприкінці 1-го

місяця життя і триває до 5-6 міс.), белькотіння (з'являється з 5-6 місяців життя і триває до 9-12 міс.). Стадії домовленнєвого розвитку не тільки тісно взаємопов'язані з етапами формування психомоторних функцій, а й є їх невід'ємною складовою. Оцінка домовленнєвого розвитку проводиться у процесі комплексного дослідження неврологічного статусу і рівня психомоторного розвитку дитини з урахуванням не тільки її календарного, але й скорегованого відповідно терміну гестації віку [1, с.125].

У недоношених новонароджених, особливо з малим терміном гестації, важливий період розвитку ЦНС (міжнейронна організація та інтенсивна мієлінізація) проходить не внутрішньоутробно, а в складних умовах постнатальної адаптації.

Тривалість цього періоду може варіюватися від 2-3 тижнів до 2-3 місяців постнатального життя, причому він часто супроводжується розвитком різних інфекційних і соматичних ускладнень. Це може бути додатковим фактором, що обумовлює психомоторні розлади і відхилення у домовленнєвому та мовленнєвому розвитку у незрілих і недоношених малюків [3, с.11].

У зв'язку з цим, на 1-му році життя виділяють групи різного ступеня ризику щодо виникнення відхилень у мовленнєвому розвитку: „група високого ризику” та власне „група ризику”.

До групи високого ризику щодо виникнення відхилень у розвитку мовлення мають бути включені діти, в яких у перші 3 місяці життя в результаті поглибленого клініко-інструментального обстеження було виявлено структурні порушення з боку головного мозку.

У групу ризику щодо виникнення відхилень у мовленнєвому розвитку доцільно віднести такі категорії дітей:

- 1) недоношених (особливо з екстремально низькою масою тіла);
- 2) із порушеннями з боку аналізаторів, зокрема, зорового або слухового;
- 3) із пошкодженням черепно-мозкових нервів (V, VII, IX, X, XII пар);
- 4) із затримкою редукції безумовних автоматизмів;

5) із довготривалими порушеннями м'язового тону (синдромом рухових розладів).

Обов'язковими етапами динамічного неврологічного контролю за дітьми першого року є: 1 місяць життя (неонатальний період), 1-3 міс. життя, 3-6 міс., 6-9 міс. 9-12 міс. Оцінка неврологічного статусу і психомоторного розвитку на 1-му році життя дитини повинна проводитися за наступними критеріями:

1. Загальномозкові симптоми (наявність і характер судом, судомної готовності).
2. Стан черепно-мозкових нервів.
3. Загальна рухова активність (поза, обсяг активних і пасивних рухів, м'язовий тонус), сухожилльні і периостальні рефлексії.
4. Безумовні (вроджені) рефлексії, ступінь вираженості і редукція.
5. Психо-емоційні і домовленнєві реакції.

У дітей 1-го місяці життя серед загальномозкових симптомів особливої уваги заслуговує тривалість і вираженість синдрому пригнічення ЦНС. При цьому в різному ступені порушуються функції черепно-мозкових нервів, що клінічно проявляється в першу чергу відсутністю безумовних оральних автоматизмів (пошукового, хоботкового, ковтального). Крім того ранніми ознаками, що відображають дисфункцію бульбарної групи черепних нервів, можна віднести: відсутність крику (афонія), слабкий крик з назальним відтінком, монотонний немодульований крик. Наявність неонатальних судом особливо повторних і резистентних до терапії на фоні пригнічення нервової системи є клінічно значущими симптомами раннього органічного пошкодження ЦНС і визначає необхідність проведення поглибленого інструментального обстеження головного мозку.

Виявлення структурних змін в головному мозку новонароджених є додатковим об'єктивним критерієм, що дозволяє віднести їх до групи „високого ризику” розвитку церебральних паралічів і виражених мовленнєвих розладів (дизартрії, анартрії).

Вік від 2-3 міс. характеризується формуванням активного гуління, появою комплексу „пожвавлення”, зорового, слухового зосередження, розвитком примітивних емоційних реакцій. У цей період особливо важливими симптомами майбутніх мовленнєвих розладів є:

- 1) відсутність гуління;
- 2) наявність бульбарних порушень або розвиток псевдобульбарних розладів (пожвавлення рефлексів орального автоматизму, поява спастичності у мовленнєвій мускулатурі, труднощі під час годування);
- 3) відсутність реакцій фіксації погляду і простежування за об'єктом;
- 4) відсутність адекватних рухових і мімічних реакцій на звернене мовлення та його емоційне забарвлення.

Період 4-6 місяців життя в нормі характеризується появою істинного гуління, що відрізняється від попереднього етапу значною різноманітністю звуків, інтонацією, появою наприкінці періоду поєднання губних звуків з голосними. Цей період є початковим етапом переходу від гуління до белькотіння. При перинатальних пошкодженнях ЦНС тривалість цього періоду може зростати, що поєднується із затримкою темпів психомоторного розвитку. У дітей в першу чергу знижені комунікативні функції – зорове та слухове зосередження, низький інтерес до навколишнього, затриманий статико-моторний розвиток. Гуління і белькотіння характеризується монотонністю, немодульованістю та недостатньою інтонованістю. За умов відсутності порушень з боку черепно-мозкових нервів, слухового та зорового аналізаторів діти відносяться до „групи ризику” виникнення затримки мовленнєвого розвитку.

Наступні періоди мовленнєвого розвитку (6-9 і 9-12 місяців життя) характеризуються формуванням белькотіння і до кінця 11-12 місяців – появою складів і односкладних слів. Белькотіння є закономірним продовженням істинного гуління і виявляється за умов нормального онтогенезу поєднанням окремих артикуляційних рухів в лінійну послідовність. Цей етап характеризується також удосконаленням рухів губ, язика, м'якого піднебіння,

розвитком координації дихання, голосу та артикуляції (подовжується довільний видих, дитина регулює гучність і висоту голосу в залежності від ситуації). Якщо у малюка виявляється загальна затримка психомоторного розвитку без грубих симптомів пошкодження нервової системи, то в ці періоди у неї може зберігатися примітивне гуління або рудиментарний лепіт у вигляді одноманітності, монотонності голосових реакцій, неможливості довільного контролю гучності і висоти голосу. Крім того, зазвичай має місце слабкість слухових реакцій (недостатність слухової уваги, труднощі визначення джерела звука в просторі, порушення датності до диференціації голосу і його тембру під час сприйняття). Такі прояви можуть бути одними із провідних факторів у затримці розвитку початкового розуміння зверненого або сенсорного мовлення. Зазначена категорія дітей формує „групу ризику” виникнення затримки розвитку мовленнєвих функцій.

У дітей, які перенесли тяжке перинатальне пошкодження ЦНС, до 6-9 місяців життя, як правило, формуються виражені рухові порушення, що є характерними для різних форм ДЦП, при яких чітко виявляються порушення тону в м'язах язика, губ, оральні гіперкінези, оральні синкінезії. Діти зазнають труднощів під час жування та ковтання Гуління може бути рудиментарним або відсутнім, белькотіння не розвивається, порушується координація дихання і голосових реакцій (якщо вони наявні) дихання та ковтання. Зазначена категорія малюків входить до „групи високого ризику” виникнення тяжких мовленнєвих розладів (дизартрії, анартрії, алалії) [1, с.209].

У зв'язку з тим, що розвиток мовлення безпосередньо пов'язаний із становленням психіки, інтелекту, сенсорних функцій і моторики, особливого значення набуває рання профілактика та відновлювальна терапія ушкоджень ЦНС перинатального генезу. Комплексна система має будуватися на основі багаторівневого підходу, починаючи з профілактики перинатальної патології нервової системи, адекватного ведення новонароджених на етапі пологового будинку, відділення патології новонароджених, спеціалізованих неврологічних стаціонарів, районних поліклінік, консультативних центрів, спеціалізованих

дитячих дошкільних установ, санаторіїв та школи. На всіх етапах спостереження за розвитком дитини, необхідний постійний взаємозв'язок між всіма спеціалістами: неонатологом, неврологом, психіатром, окулістом, корекційним педагогом, логопедом, психологом і педагогом.

Отже, перспективи психічного розвитку, успішність навчання дітей з відхиленнями у нервово-психічному розвитку, їх шкільна і соціальна адаптація залежать від раннього виявлення порушень становлення мовленнєвої функції. Нині недостатньо розроблена проблема щодо організації та реалізації правильного методологічного підходу до оцінки психічного розвитку дитини з перинатальною патологією на домовленнєвому етапі, що призводить до пізньої діагностики парціальних відхилень психічної та мовленнєвої функцій у дітей раннього віку з органічним пошкодженням нервової системи та несвоєчасність надання їм не тільки медичної, але й психолого-педагогічної допомоги.

#### Література:

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М.. Руководство по неврологии раннего детского возраста. – Киев: Здоров'я, 1980. – С. 125-246.
2. Гасникова Т.В. Профилактика речевых нарушений у детей с резидуально-органическим поражением центральной нервной системы // Практическая психология и логопедия. – 2004. - № 1. – С. 19-20.
3. Головченко О.В., Лук'янова І.С., Дзюба О.М., Медведко Г.Ф. Особливості морфофункціонального стану та гемодинаміки головного мозку у новонароджених з гострою та хронічною внутрішньоутробною гіпоксією // Перинатологія та педіатрія. – 2003. № 1. – С. 8-11.
4. Москаленко А.А. К вопросу перинатальной гипоксической энцефалопатии и её последствиях: морфология, клиника, диагностика // Дефектология. – 1999. - №5. – С. 71-73.