

Один из младших братьев с клиническими проявлениями иммунодефицита у иммунолога не наблюдался, несмотря на то, что с 2 месячного возраста отмечались упорные опрелости, с 3 месячного — отит, с 4 месячного — стрептостафилодермия, умер в 8-месячном возрасте от осложнений пневмонии.

Другой брат от другого биологического отца, наблюдается у иммунолога, с диагностированным первичным иммунодефицитом, дефектом фагоцитоза, имеет частые обострения респираторных инфекционных заболеваний, туберкулез лимфатических узлов.

Младшая сестра от другого биологического отца клинических проявлений иммунодефицита нет. Данный клинический случай следует рассматривать как дефект, сцепленный с X-хромосомой.

Гендерные отличия в течении первичных дефектов фагоцитоза, сцепленных с X-хромосомой у пациентов мужского пола связаны с отсутствием цитохрома в нейтрофильных лейкоцитах, что приводит к неэффективному уничтожению бактериальной и грибковой флоры. Женщины-носители редко страдают от тяжелых инфекций, поскольку имеют промежуточные нарушения функции и две разновидности нейтрофилов, что выявляют с помощью метода проточной цитометрии.

Выводы

Представленный в статье случай семейного клинического наблюдения хронической гранулематозной болезни отражает сложность диагностического поиска у данной категории пациентов. Отсутствие патогенетической терапии корректирующей врожденные дефекты фагоцитоза на современном этапе развития медицины не может обеспечить полное выздоровление и обуславливает неблагоприятный прогноз заболевания. Однако своевременная ранняя диагностика и проведение постоянной профилактической антибактериальной и противогрибковой терапии существенно влияют на снижение риска развития инфекционных осложнений, улучшает качество и продолжительность жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chronic granulomatous disorder: a guide for medical professionals // UK, London, 2015. — Доступ до електронної версії: www.cgdsociety.org.
2. *Seger, R. A.* Modern management of chronic granulomatous disease / R. A. Seger // *British Journal of Haematology*. — 2008. — Vol. 140 (3). — P. 255–266.
3. *Rosenzweig, S. D.* Chronic granulomatous disease: complications and management / S. D. Rosenzweig // *Expert Review of Clinical Immunology*. — 2009. — Vol. 5 (1). — P. 45–53.
4. *Holland, S. M.* Chronic granulomatous disease / S. M. Holland // *Clinical Reviews in Allergy and Immunology*. — 2010. — Vol. 38 (1). — P. 3–10.
5. Overlap, common features, and essential differences in pediatric granulomatous inflammatory bowel disease / G. M. Damen [et al.] // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. — 2010. — Vol. 51 (6). — P. 690–697.

УДК 616.22 – 008.5 – 053.4(476.2)

ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Дегтярева Е. И.¹, Левковская М. Н.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Учреждение образования

«Мозырский государственный педагогический университет имени И. П. Шамякина»

г. Мозырь, Республика Беларусь

Введение

Речь — форма общения людей посредством языка. Речевое общение организует совместную деятельность людей, способствует познанию друг друга, является фактором в формировании и развитии межличностных отношений. Ребенок усваивает язык в процессе общения с взрослыми, и учиться пользоваться им в речи. Речь, является средством выражения мыслей, становится основным механизмом мышления человека, средством осуществления

мыслительных операций. В дошкольном возрасте расширяется круг общения детей, что требует от ребенка полноценного овладения средствами общения, основным из которых является речь. Высокие требования к развитию речи предъявляет и усложняющаяся деятельность ребенка [1].

Цель

Оценка речевой функции детей дошкольного возраста, а также изучение этиологии различных речевых нарушений (дислалия, дизартрия, заикание, общего недоразвития речи) дошкольников, проживающих в г. Светлогорске и г. Мозыре.

Профилактика речевых нарушений у детей тесно связана с предупреждением нервно-психических отклонений в состоянии здоровья. Однако предупреждение речевых нарушений невозможно без четкого понимания этиологии различных расстройств речи [2].

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе 6 дошкольных учреждений г. Светлогорска и г. Мозыря. Диагностика периферических нарушений речи у детей дошкольного возраста нами была проведена по методике Т. А. Ткаченко. Диагностика речевых нарушений, таких, как дислалия, дизартрия, заикание, включает сбор кратких анамнестических данных, анкетирование родителей, исследование особенностей психического развития, психического состояния, поведения, обследование анатомического строения артикуляторного аппарата, изучение речевой моторики, звукопроизношения и слуховой дифференциации дефектно произносимых звуков [3].

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследований была изучена речь детей дошкольного возраста. Общее количество обследованных дошкольников составило 925 человек. Из них было выявлено 212 дошкольников с различными речевыми нарушениями, в том числе 17 детей с дислалией, 40 — с дизартрией, 4 — с заиканием и 151 дошкольник с общим недоразвитием речи.

Данные о процентном соотношении речевых нарушений представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 — Количественная характеристика различных речевых нарушений в %

Наиболее распространенным речевым нарушением у детей дошкольного возраста является общее недоразвитие речи 3 и 4 уровня, оно была зафиксирована у 151 ребенка из 212 с речевыми нарушениями, что составило 71,23 %. Такой высокий процент данной речевой патологии, скорее всего, связан с резко выраженной ограниченностью в общении при нормальном слухе и сохраненном интеллекте. Такие дети обладают скудным речевым запасом. При этом они способны понимать обращенную к ним речь, но не могут в словесной форме общаться с окружающими. Это ведет к отставанию психического развития, ограниченности мышления. Ребенок становится замкнутым, апатичным.

В ходе анкетирования родителей было выявлено, что 51,65 % детей с ОНР имели длительно протекающие соматические заболевания в раннем детстве. В ходе анализа ответов родителей обследуемых дошкольников нами была выделена группа детей, у которых выраженная речевая недостаточность сформировалась как результат неблагоприятного течения беременности матери, тяжелых патологических родов. Известно, что структура речевой недостаточности и процессы компенсации во многом зависят от времени мозгового поражения. Поражение мозга обычно возникает в период раннего эмбриогенеза в результате различных вредных воздействий (инфекций, интоксикаций). А также группа детей с так называемым неосложненным вариантом общего недоразвития речи, когда отсутствуют явно выраженные

указания на поражение ЦНС. Недоразвитие всех компонентов речи у таких детей сопровождается малыми неврологическими дисфункциями (недостаточная регуляция мышечного тонуса, неточность мышечных дифференцировок), некоторой эмоционально-волевой незрелостью. На рисунке 2 видно, что негативную роль в возникновении общего недоразвития речи играют вредные привычки родителей, травмы головы, воспалительные заболевания уха, повреждения речевого аппарата и дефекты речи в окружении ребенка.

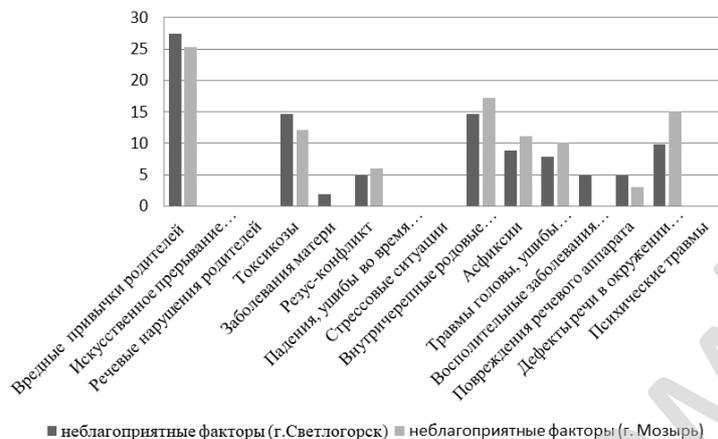


Рисунок 2 — Процент встречаемости причин, вызывающих общее недоразвитие речи

Легкие (стертые) формы дизартрии могут наблюдаться у детей перенесших воздействие различных неблагоприятных факторов в течение пренатального, натального и раннего постнатального периодов развития. В ходе исследования нами были определены и проанализированы неблагоприятные факторы, влияющие на развитие дизартрии у детей дошкольного возраста. Среди причин, выявленных при обследовании детей в дошкольных учреждениях г. Светлогорска, важное значение имеют вредные привычки родителей (18,96 %), внутричерепные родовые травмы (17,24 %), асфиксии во время родов (20,69 %).

При анализе анкет родителей обследованных дошкольников г. Мозыря нами было установлено, что в развитии дизартрии главную роль играют следующие причины: вредные привычки родителей (19,35 %), акушерские патологии связанные с повреждением головного мозга (17,74 %), а так же асфиксии плода во время родов (16,12 %). Более точная картина процентного соотношения встречаемости причин, вызывающих дизартрию, отражена на рисунке 3.

Так в ходе обследования строения артикуляционного аппарата у детей с дислалией (г. Светлогорск) нами были выявлены дошкольники с аномалиями зубочелюстной системы: отсутствие резцов или передних зубов у 2 дошкольников, что составляет 33,3 %; боковой открытый двусторонний прикус у 1 (16,66 %) ребенка. А также дети с укороченной уздечкой языка (подъязычной связкой). При этом дефекте оказываются затрудненными движения языка, так как слишком короткая уздечка не дает ему возможности высоко подниматься.

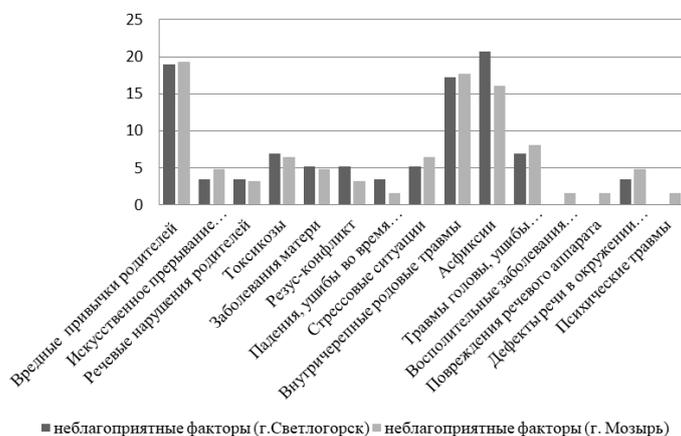


Рисунок 3 — Процент встречаемости причин, вызывающих дизартрию

При обследовании детей в дошкольных учреждениях г. Мозыря был выявлен 1 ребенок с непропорциональным размером языка — большой язык (9,09 %). А также 2 (18,18 %) дошкольника с промежутками в зубном ряду, 1 ребенок дошкольного возраста со слишком короткой уздечкой верхней губы (9,09 %). В результате этих аномалий правильная артикуляция может быть затруднена. Все выше перечисленные дефекты являются причиной механической дислалии. В ходе анкетирования родителей обследованных детей г. Светлогорска и г. Мозыря были определены соответственно основные группы негативных факторов оказывающих влияние на речевое развитие ребенка: речевые нарушения родителей (15,38 и 11,54 %) и дефекты речи в окружении ребенка (7,69 и 7,69 %). А так же повреждения речевого аппарата детей в разных возрастных периодах (23,8 и 15,38 %). Дислалия у детей может быть вызвана снижением слуха. Так в ходе анкетирования было отмечено, что 15,38 % детей (г. Светлогорск) и 15,38 % дошкольников (г. Мозырь) страдают частыми воспалительными заболеваниями среднего или внутреннего уха.

На основании процентного соотношения встречаемости различных групп причин, вызывающих дислалию, была построена диаграмма (рисунок 4). Самой малочисленной речевой патологией из рассматриваемых оказалось заикание. В ходе исследования был выявлен только 1 ребенок с заиканием из обследованных дошкольников в г. Светлогорске и 3 в г. Мозыре, что составляет 1,89 % от общего числа обследованных дошкольников.

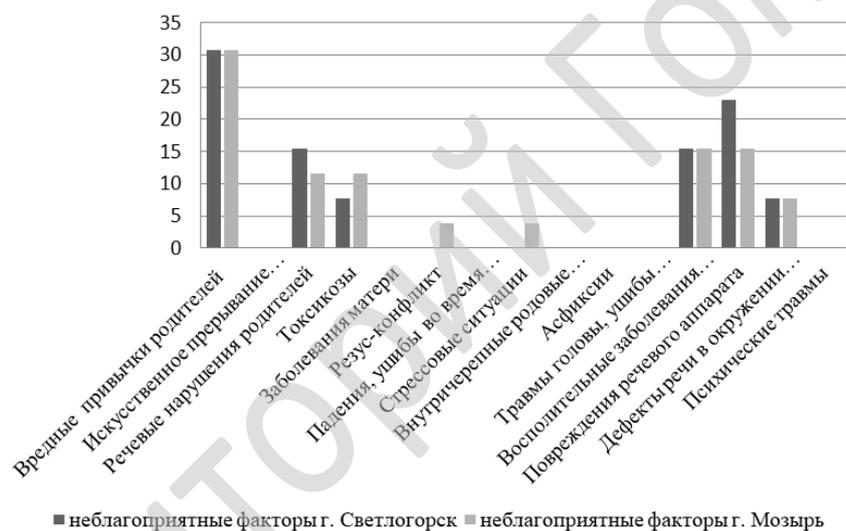


Рисунок 4 — Процент встречаемости причин, вызывающих дислалию

В результате анкетирования родителей ребенка из дошкольного учреждения г. Светлогорска было установлено, что не отмечалось патологии внутриутробного развития и родов. Зафиксирована наследственная отягощенность речевой патологией (отец ребенка страдает заиканием). В дошкольном периоде наблюдается страх темноты. Заикание возникло в возрасте 3-х лет в результате психотравмы (резкая смена привычной обстановки). Раннее речевое развитие проходило без отклонений от нормы. В ходе анализа анкет родителей (г. Мозырь) было установлено, что к предполагаемым причинам развития заикания у детей дошкольного возраста относятся поражения головного мозга в различные периоды развития ребёнка: асфиксия (18,18 %), внутричерепные родовые травмы (9,09 %), травмы головы в раннем возрасте (9,09 %). В ходе обследования одного из заикающихся детей была установлена невропатическая особенность самого заикающегося (повышенная раздражительность, эмоциональная напряженность). Указанные причины вызывают различные патологические сдвиги в соматической и психических сферах и могут приводить к развитию заикания.

Исходя из результатов, отраженных на рисунке 5, можно сделать вывод о том, что возникновение заикания обусловлено сочетанием многих негативных причин. Следует так же отметить, что вредные привычки родителей, а именно курение, является одним из негативных факторов, влияющих на речевое развитие детей.

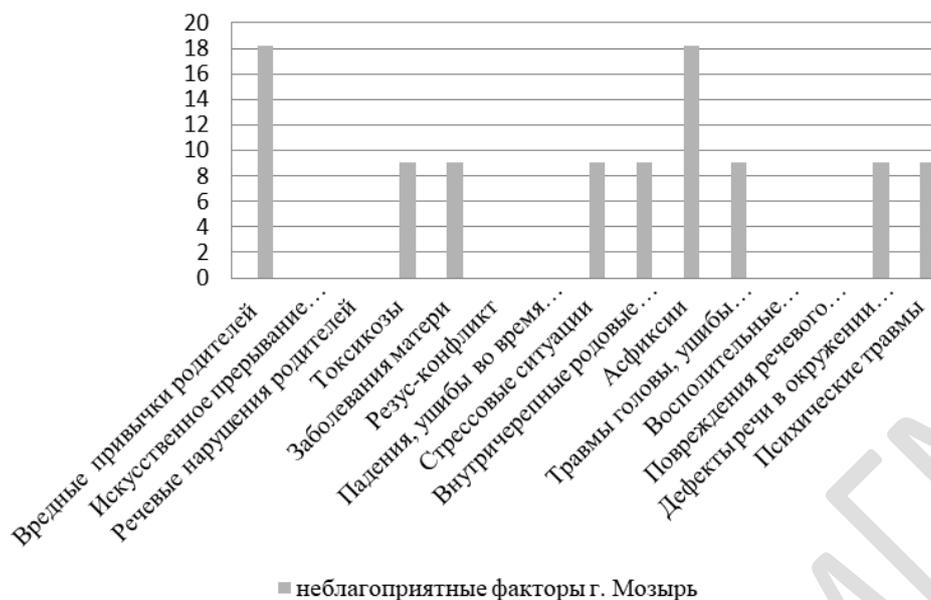


Рисунок 5 — Процент встречаемости причин, вызывающих заикание

В ходе изучения речевой функции детей дошкольного возраста Гомельского региона (г. Светлогорск и г. Мозырь). Были получены данные о частоте встречаемости различных речевых нарушений среди мальчиков и девочек. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Количественная характеристика различных речевых нарушений с учетом пола дошкольников

Вид речевого нарушения	Количество выявленных с данной речевой патологией (человек)	
	мальчики	девочки
Дислалия	11	6
Дизартрия	23	17
Заикание	2	2
Общее недоразвитие речи	85	66

По результатам отраженным в таблице 1, видно, что все рассмотренные нами речевые нарушения, кроме заикания, чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек.

Такая картина обусловлена тем, что у мальчиков быстрее, чем у девочек развивается правое полушарие. У девочек же, наоборот, левое (речевое) полушарие развивается быстрее, в связи с чем у них отмечаются более ранние сроки речевого развития.

Заключение

Нарушения речи носят многообразный характер в зависимости от их степени, от локализации пострадавшей функции, от времени поражения.

Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные экзогенные и эндогенные факторы, а также внешние условия окружающей среды.

Своевременная профилактика речевых нарушений у детей тесно связана с предупреждением нервно-психических отклонений в состоянии здоровья. Она обеспечивается комплексом мероприятий включающих лечебные, педагогические и социальные воздействия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жинкин, Н. И. Речь как проводник информации / Н. И. Жинкин. — М.: Просвещение, 1992. — 198 с.
2. Валетов, В. В. Физиология: практические рекомендации / В. В. Валетов, Е. И. Дегтярева // УО МГПУ им. И. П. Шамякина. — Мозырь, 2011. — 123 с.
3. Заваденко, Н. Н. Нарушения развития речи у детей и их коррекция / Н. Н. Заваденко // Лечащий врач. — 2006. — № 5. — С. 30–35.