

МИКРОАНОМАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

© Сергей Вячеславович Веренич

Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка. 220030, Республика Беларусь, Минск, ул. Советская, 18

Контактная информация: Сергей Вячеславович Веренич — доцент кафедры коррекционно-развивающих технологий Института инклюзивного образования. E-mail: verense@mail.ru.

РЕЗЮМЕ: Цель исследования состояла в изучении распространенности малых аномалий развития среди детей с общим недоразвитием речи в сравнении с их здоровыми сверстниками. *Материал и методы:* обследовано 126 детей с общим недоразвитием речи в возрасте 5–7 лет и 130 детей без речевых нарушений соответствующего пола и возраста. Визуально по стандартным протоколам оценивалось наличие стигм дизонтогенеза в области лица, головы, туловища, конечностей. *Результаты исследования* установили, что у детей с общим недоразвитием речи частота встречаемости малых аномалий развития достоверно превосходит таковую у детей контрольной группы, это касается органов и систем различной локализации. Среднее количество аномалий развития на ребенка в экспериментальной группе в два раза больше контрольных значений. Для детей с речевыми нарушениями наиболее характерны такие стигмы дизонтогенеза как нарушение прикуса, неправильная форма зубных рядов, деформация ушных раковин, узкое высокое нёбо, короткий искривленный мизинец кисти, сандалевидная щель, очаговые изменения пигментации кожи. Особенно характерны дисплазии трех категорий: 1) область лица (полость рта), 2) дистальные отделы конечностей (кисти и стопы), 3) нарушение распределения меланина (пигментные пятна на коже и неравномерность окраски радужины). Дети с общим недоразвитием речи отличаются от здоровых сверстников также и по неравномерности развития признаков на обеих сторонах тела. Так, асимметрия черепа, лица, ушных раковин, грудной клетки, разновеликость стоп и неодинаковая окраска радужин у детей с речевыми нарушениями встречаются от 2 до 4 раз чаще, чем у здоровых сверстников. Установленные факты превышения частоты встречаемости малых аномалий развития у детей с общим недоразвитием речи, по сравнению с нормально развивающимися сверстниками, могут косвенно свидетельствовать о наличии психофизического дизонтогенеза, проявляющегося в виде асинхронии (ретардации) созревания речевой функциональной системы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: малые аномалии развития, дети в возрасте 5–7 лет, общее недоразвитие речи

MICRO-ANOMALOUS DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH GENERAL UNDERDEVELOPMENT OF SPEECH

© Sergei V. Verenich

Belarusian State Pedagogical University named after Maxim Tank. 220030, Republic of Belarus, Minsk, Sovetskaya str., 18

Contact information: Sergei V. Verenich — associate professor of the department of correction and development technology of the Institute of inclusive education. E-mail: verense@mail.ru

ABSTRACT: The purpose of the study was to investigate the prevalence of minor developmental abnormalities among children with general underdevelopment of speech compared to their healthy peers. *Material and methods:* 126 children with the general underdevelopment of speech at the age of 5–7 years and 130 children of the same sex and age without speech impairment were visually es-

timated on the presence of dysontogenetic stigma signs in the area of the face, head, torso, extremities. *Results of the research* have established that at children with the general underdevelopment of speech frequency of minor abnormalities of development significantly surpasses such at children of control group, it concerns bodies areas and systems of various localization. The average number of development abnormalities per a child in the experimental group is twice as high as the control values. For children with speech disorders, the most typical are such stigma of dysontogenesis as disturbed occlusion, irregular tooth shape, auricles deformation, narrow high palate, short curved little finger, sandal-shaped slot, focal changes in skin pigmentation. Three categories of dysplasia are particularly characteristic: 1) the face area (oral cavity), 2) the distal parts of the extremities (hands and feet), 3) melanin distribution disorder (pigment spots on the skin and uneven irises coloring). Children with general underdevelopment of speech differ from healthy peers also in the unequal development of signs on both sides of the body. Thus, asymmetry of the skull, face, auricles, chest, feet and uneven irises coloring are 2 to 4 times more common in children with speech disorders than in healthy peers. The established facts of excess of frequency of occurrence of minor development abnormalities in children with general underdevelopment of speech in comparison with normally developing peers can indirectly testify to the presence of psychophysical dysontogenesis manifested as asynchrony, more exactly retardation of maturing of the speech functional system.

KEY WORDS: minor developmental abnormalities, children aged 5–7 years, general underdevelopment of speech

ВВЕДЕНИЕ

Общее недоразвитие речи (ОНР) является значимой социальной проблемой, определяемой ее широкой распространенностью. Среди этиологических факторов ведущее значение придается резидуальным органическим поражениям головного мозга в антенатальном периоде. Биологической основой недоразвития речи является дизонтогенез, или нарушение сроков, темпов и качества психофизического развития, в частности, ретардация — задержка развития психических функций с искаженным формированием речевой функциональной системы на фоне относительно сохранных темпов формирования других высших психических функций [2].

Косвенным методом оценки состояния гармоничности онтогенетических процессов может служить анализ распространенности так называемых малых аномалий развития [1]. Малые аномалии развития — это стойкие морфологические изменения, не выходящие за пределы границ нормы и не сопровождающиеся функциональными нарушениями [5, 6]. Если такого рода единичные стигмы нередко встречаются в популяции, клинически незначимы и не выходят за пределы вариабельности признака, то множественные их проявления отмечаются при различной, особенно наследственно отягощенной, патологии и используются в скрининговых исследованиях [3, 4, 7]. Считается, что выявление у обследуемого ребенка шести и более стигм служит показанием для проведения углубленного

клинического обследования [8]. Поиск индикаторов таких отклонений в развитии при речевых нарушениях представляется актуальным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение распространенности малых аномалий развития среди детей с ОНР в сравнении с их здоровыми сверстниками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Обследовали 126 детей с ОНР в возрасте 5–7 лет (65 мальчиков и 61 девочка), посещающих логопедические группы дошкольных образовательных учреждений г. Минска. Об уровне речевого развития судили по заключению медико-педагогической комиссии, речевым картам, собственным наблюдениям и беседам с педагогическим и медицинским персоналом. Контрольную группу составили 130 детей того же возраста (67 мальчиков и 63 девочки). Признаки микроаномального развития оценивали визуально. Учитывались признаки следующих локализаций: *кожа и ее придатки* (гемангиомы, очаговые изменения пигментации, гипертрихоз, седые пряди, низкая граница роста волос на лбу и шее); *череп* (асимметричный, резко выраженные лобные/теменные/затылочные бугры, выступающие надбровные дуги); *лицо* (асимметричное, сросшиеся брови); *глаза* (монголоидный разрез, эпикант, гипертелоризм, микрофтальмия,

неравномерность окраски радужек); *рот* (узкое высокое нёбо, нарушение прикуса, асимметрия и неправильная форма зубных рядов, бороздчатый язык); *ушные раковины* (деформированные, оттопыренные, асимметричные); *туловище* (крыловидные лопатки, асимметрия грудной клетки, воронкообразная деформация грудной клетки, агенезия мечевидного отростка, аномалия ключиц и ребер, расхождение прямых мышц живота, низкое стояние пупка); *кисти и стопы* (брахидактилия, арахнодактилия, клинодактилия, синдактилия, укороченная концевая фаланга I пальца, короткий искривленный мизинец, недоразвитые ногтевые пластины; сандалевидная щель между I и II пальцами, плоская/полная стопа, варусная/вальгусная деформация, косолапость).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение встречаемости малых аномалий развития у детей с ОНР установило, что их число варьировалось от 3 до 12, причем более половины детей (55 %) имели от 6 до 8 стигм дизонтогенеза (чаще всего 8). У детей контрольной группы количество малых аномалий развития не превышало 8, при этом у 2/3 детей регистрировалось от 2 до 4 стигм (наиболее часто 3).

Анализ встречаемости малых аномалий развития в области головы показал, что у всех обследованных детей чаще всего отмечалось нарушение прикуса (18,3 % в экспериментальной группе и 7,7 % в контрольной) и неправильная форма зубных рядов (16,9 % и 4,8 % соответственно), т.е. дети с ОНР имели такие стигмы в 2–3 раза чаще, чем их здоровые сверстники. Узкое высокое нёбо и деформация ушных раковин отмечена у каждого восьмого ребенка с ОНР, что в 3–5 раз превышает значения в контрольной группе. Отмечено, что резко выраженные бугры черепа, выступающие надбровные дуги и бороздчатый язык присутствовали у некоторых детей с ОНР, хотя в контрольной группе не отмечены ни разу.

Крыловидные лопатки выявлены у 7,9 % детей с ОНР и у 2,3 % детей контрольной группы. Стигмы со стороны кисти (короткая концевая фаланга I пальца, короткий искривленный мизинец) отмечены у детей экспериментальной группы более чем в три раза чаще. Различия между обследованными группами в отношении малых аномалий в области

нижних конечностей еще более выражены: сандалевидная щель, например, в экспериментальной группе встретилась в 8 раз чаще.

Анализ частоты встречаемости малых аномалий развития, связанных с кожными покровами и пигментацией, также выявил различия между детьми с ОНР и их здоровыми сверстниками. Гипертрихоз, пряди волос другого цвета, низкая граница роста волос на лбу и затылке ни разу не встретились у здоровых детей, однако имели место среди детей с ОНР. Гемангиомы на теле, очаговые изменения пигментации кожи и неравномерность окраски радужины отмечены в экспериментальной группе в 2–5 раз чаще, чем в контроле.

При анализе малых аномалий развития, связанных с асимметричным проявлением признаков на обеих сторонах тела, установлено, что асимметрия черепа, лица, ушных раковин, грудной клетки, разновеликость стоп и неодинаковая окраска радужин у детей с ОНР по сравнению со здоровыми сверстниками встречается от 2 до 4 раз чаще. Особенно это характерно в отношении асимметрии лобных, теменных и затылочных бугров черепа, а также неодинаковой окраски радужных оболочек.

Таким образом, между детьми с ОНР и их здоровыми сверстниками установлены отличия не только в частоте встречаемости отдельных стигм дизонтогенеза, но и по общему количеству стигм на одного ребенка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное нами исследование позволило установить следующие закономерности распределения малых аномалий развития: у детей с ОНР стигмы дизонтогенеза различной локализации встречаются от 2 до 5 раз чаще, чем у их здоровых сверстников. Среднее же число малых аномалий развития на ребенка в экспериментальной группе в два раза превосходит контрольные значения. Для детей с ОНР наиболее характерны: нарушение прикуса, неправильная форма зубных рядов, деформация ушных раковин, узкое высокое нёбо, короткий искривленный мизинец кисти, сандалевидная щель, очаговые изменения пигментации кожи, неравномерность окраски радужины. Особенно характерны дисплазии трех категорий: 1) область лица (полость рта), 2) дистальные отделы конечностей (кисти и стопы), 3) нарушение распределения меланина (пигментные пятна на коже, неодинаковая

окраска радужных оболочек). Дети с ОНР отличаются от здоровых сверстников также и по неравномерному развитию признаков на обеих сторонах тела. Так, асимметрия черепа, лица, ушных раковин, грудной клетки, разновеликость стоп и неодинаковая окраска радужин у детей с ОНР встречаются от 2 до 4 раз чаще, чем у здоровых сверстников.

Исходя из полученных в ходе исследования данных, можно сделать вывод, что у детей с ОНР, по сравнению с нормально развивающимися сверстниками, повышена частота встречаемости малых аномалий развития; это может косвенно свидетельствовать о наличии психофизического дизонтогенеза в виде асинхронии (ретардации) созревания речевой функциональной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балахонov A.B. Ошибки развития. Л.: Изд-во ЛГУ, 1990.
2. Бельтюков В.И. О закономерностях развития речевой функции в онтогенезе. Вопросы психологии. 1984; 1: 141-5.
3. Гладких П.П., Ягода А.В. Диагностическое значение стигм дисморфогенеза при инфаркте миокарда в молодом возрасте. Кардиолог. 2006; 1: 57.
4. Карасев В.А. Оценка роли некоторых экзогенных и эндогенных факторов в формировании моногенных дерматозов в условиях индустриального мегаполиса. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2006.
5. Корнетов Н.А. Концепция клинической антропологии в медицине. Бюллетень сибирской медицины. 2008; 1: 7-30.
6. Лазюк Г.И. Тератология человека. М.: Медицина. 1991.
7. Рыбас А.В. Гено-фенотипические маркерные системы у больных хронической обструктивной болезнью легких. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Астрахань; 2007.
8. Ходос Х.Г. Малые аномалии развития и их клиническое значение. Иркутск. Восточно-Сибирское книжное издательство; 1984.

REFERENCES

1. Balakhonov A.V. Oshibki razvitiya. [Errors in development]. Leningrad, LGU Publ., 1990. (in Russian).
2. Bel'tyukov V.I. On regularities of speech function development in ontogenesis. [On the patterns of development of speech function in ontogenesis]. Voprosy psikhologii. 1984; 1: 141-5. (in Russian).
3. Gladikh P.P., Yagoda A.V. Diagnostic significance of dysmorphogenesis stigma in myocardial infarction at a young age. [The diagnostic value of the stigma of dysmorphogenesis in myocardial infarction at a young age]. Kardiolog. 2006; 1: 57. (in Russian).
4. Karasev V.A. Osenka roli nekotorykh ekzogennykh i endogennykh faktorov v formirovani monogennykh dermatozov v usloviakh industrial'nogo megapolisa. [Assessment of the role of some exogenous and endogenous factors in the formation of monogenic dermatoses in an industrial metropolis]. Ph. Diss. M.; 2006. (in Russian).
5. Kornetov N.A. The Concept of Clinical Anthropology in Medicine. [The concept of clinical anthropology in medicine]. Byulleten' sibirskoy meditsiny. 2008; 1: 7-30. (in Russian).
6. Lazyuk G.I. Teratologia cheloveka [Teratology of man]. M.: Meditsina Publ., 1991. (in Russian).
7. Rybas A.V. Geno-fenotipicheskie markernye sistemy u bol'nykh khronicheskoy obstruktivnoy boleznyu legkikh. [Geno-phenotypic marker systems in patients with chronic obstructive pulmonary diseases]. Ph. Diss. Astrakhan', 2007. (in Russian).
8. Khodos Kh.G. Malye anomalii razvitiya i ikh klinicheskoe znachenie [Small developmental anomalies and their clinical significance]. Irkutsk. VSKI Publ.; 1984. (in Russian).