

Аденоиды и речевые нарушения у детей.



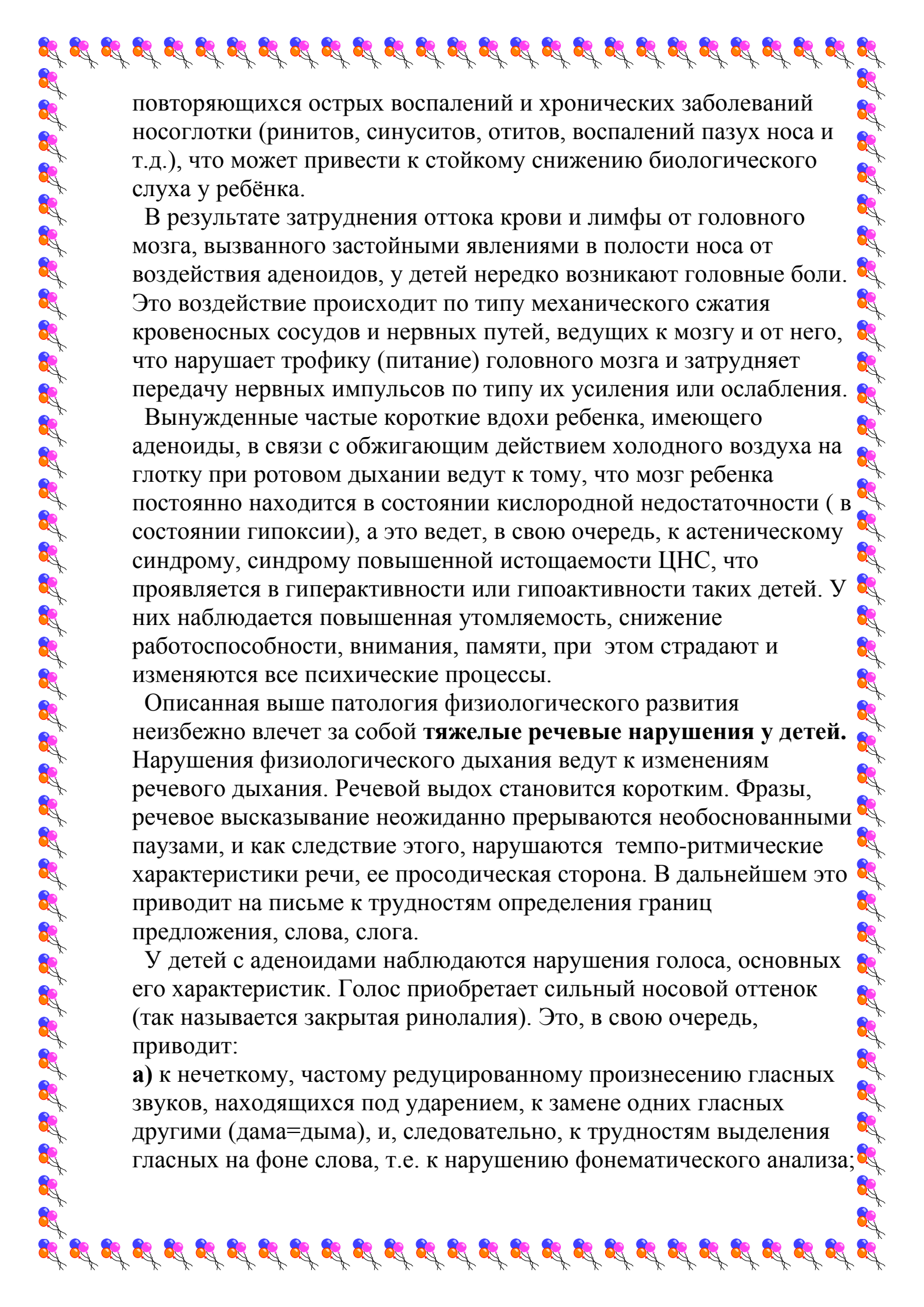
Одной из наиболее частых патологий уха, горла, носа, ведущей к тяжёлым нарушениям речи у детей, являются аденоиды.

Аденоиды – избыточное разрастание носоглоточной миндалины, которое ведет к затрудненному носовому дыханию или к полной невозможности дышать носом. Тогда воздух поступает в полость глотки через рот, неочищенный (в норме очищение воздуха осуществляют своими движениями реснички в носовых ходах) и не согретый (в норме воздух согревается, проходя через носовую полость). Это влечёт целый ряд физиологических изменений в организме ребенка.

В таком случае миндалины глотки не могут дезинфицировать поступающий в ротовую полость воздух, как это происходит в норме, а вынуждены, должны очищать его от грубых механических примесей, к чему они не приспособлены. Поэтому они часто гипертрофируются и превращаются из органов дезинфекции в рассадник инфекций, открывая путь микробам и вирусам в органы дыхания (трахею, бронхи, легкие), являясь причиной частых ангин, бронхитов, бронхопневмоний, приводя эти органы в дальнейшем к деструктивным изменениям.

Надо помнить, что стимулирует работу дыхательного центра только носовое дыхание.

В складках аденоидов содержится обильная бактериальная флора (хронический аденоид). Тогда аденоиды служат источником часто



повторяющихся острых воспалений и хронических заболеваний носоглотки (ринитов, синуситов, отитов, воспалений пазух носа и т.д.), что может привести к стойкому снижению биологического слуха у ребёнка.

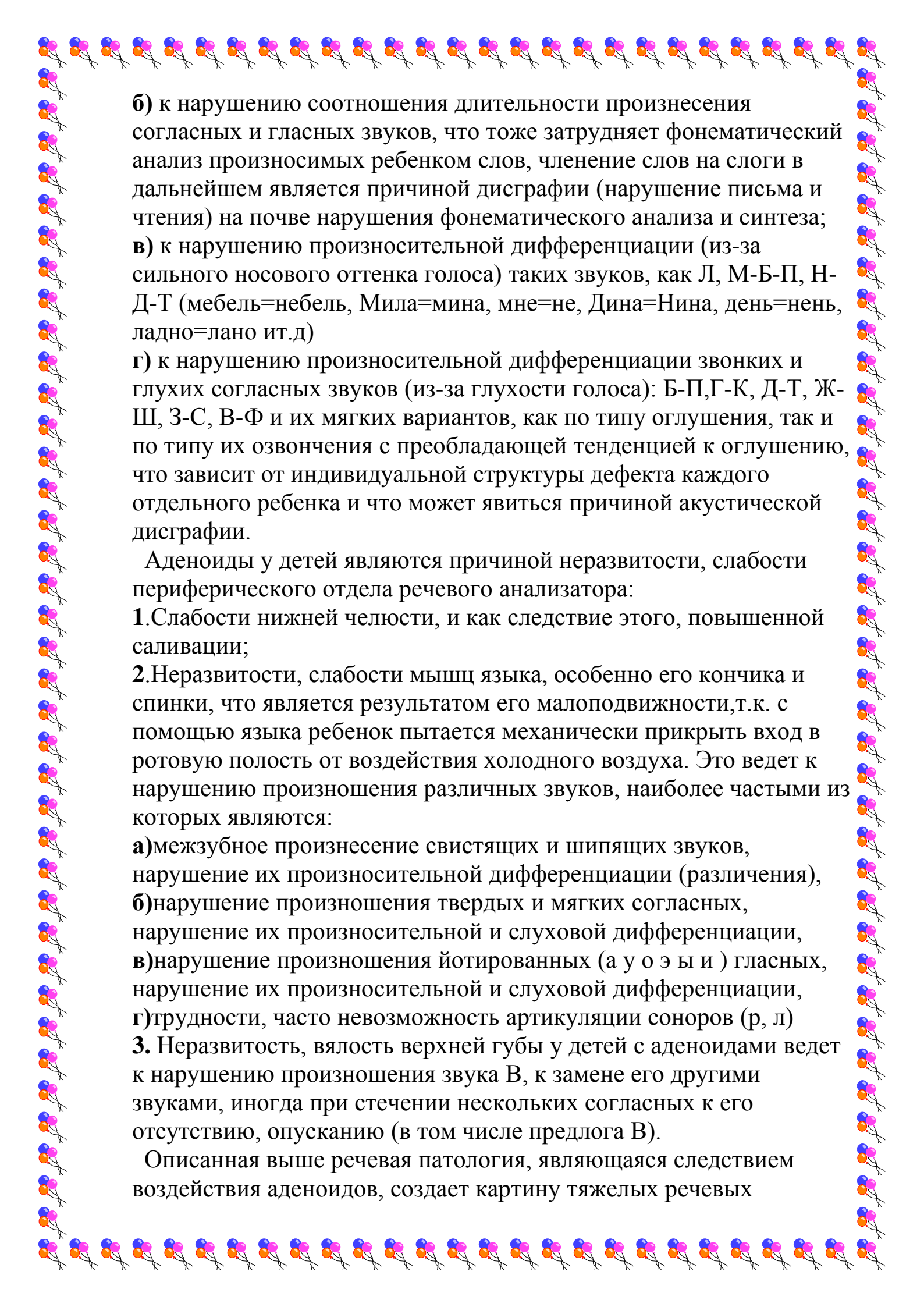
В результате затруднения оттока крови и лимфы от головного мозга, вызванного застойными явлениями в полости носа от воздействия аденоидов, у детей нередко возникают головные боли. Это воздействие происходит по типу механического сжатия кровеносных сосудов и нервных путей, ведущих к мозгу и от него, что нарушает трофику (питание) головного мозга и затрудняет передачу нервных импульсов по типу их усиления или ослабления.

Вынужденные частые короткие вдохи ребенка, имеющего аденоиды, в связи с обжигающим действием холодного воздуха на глотку при ротовом дыхании ведут к тому, что мозг ребенка постоянно находится в состоянии кислородной недостаточности (в состоянии гипоксии), а это ведет, в свою очередь, к астеническому синдрому, синдрому повышенной истощаемости ЦНС, что проявляется в гиперактивности или гипоактивности таких детей. У них наблюдается повышенная утомляемость, снижение работоспособности, внимания, памяти, при этом страдают и изменяются все психические процессы.

Описанная выше патология физиологического развития неизбежно влечет за собой **тяжелые речевые нарушения у детей**. Нарушения физиологического дыхания ведут к изменениям речевого дыхания. Речевой выдох становится коротким. Фразы, речевое высказывание неожиданно прерываются необоснованными паузами, и как следствие этого, нарушаются темпо-ритмические характеристики речи, ее просодическая сторона. В дальнейшем это приводит на письме к трудностям определения границ предложения, слова, слога.

У детей с аденоидами наблюдаются нарушения голоса, основных его характеристик. Голос приобретает сильный носовой оттенок (так называется закрытая ринолалия). Это, в свою очередь, приводит:

а) к нечеткому, частому редуцированному произнесению гласных звуков, находящихся под ударением, к замене одних гласных другими (дама=дыма), и, следовательно, к трудностям выделения гласных на фоне слова, т.е. к нарушению фонематического анализа;



б) к нарушению соотношения длительности произнесения согласных и гласных звуков, что тоже затрудняет фонематический анализ произносимых ребенком слов, членение слов на слоги в дальнейшем является причиной дисграфии (нарушение письма и чтения) на почве нарушения фонематического анализа и синтеза;

в) к нарушению произносительной дифференциации (из-за сильного носового оттенка голоса) таких звуков, как Л, М-Б-П, Н-Д-Т (мебель=небель, Мила=мина, мне=не, Дина=Нина, день=нень, ладно=лано ит.д)

г) к нарушению произносительной дифференциации звонких и глухих согласных звуков (из-за глухости голоса): Б-П, Г-К, Д-Т, Ж-Ш, З-С, В-Ф и их мягких вариантов, как по типу оглушения, так и по типу их озвончения с преобладающей тенденцией к оглушению, что зависит от индивидуальной структуры дефекта каждого отдельного ребенка и что может явиться причиной акустической дисграфии.

Аденоиды у детей являются причиной неразвитости, слабости периферического отдела речевого анализатора:

1. Слабости нижней челюсти, и как следствие этого, повышенной саливации;

2. Неразвитости, слабости мышц языка, особенно его кончика и спинки, что является результатом его малоподвижности, т.к. с помощью языка ребенок пытается механически прикрыть вход в ротовую полость от воздействия холодного воздуха. Это ведет к нарушению произношения различных звуков, наиболее частыми из которых являются:

а) межзубное произнесение свистящих и шипящих звуков, нарушение их произносительной дифференциации (различения),

б) нарушение произношения твердых и мягких согласных, нарушение их произносительной и слуховой дифференциации,

в) нарушение произношения йотированных (а у о э ы и) гласных, нарушение их произносительной и слуховой дифференциации,

г) трудности, часто невозможность артикуляции соноров (р, л)

3. Неразвитость, вялость верхней губы у детей с аденоидами ведет к нарушению произношения звука В, к замене его другими звуками, иногда при стечении нескольких согласных к его отсутствию, опусканию (в том числе предлога В).

Описанная выше речевая патология, являющаяся следствием воздействия аденоидов, создает картину тяжелых речевых

нарушений у дошкольников: минимального дизартрического расстройства, нарушения фонематического слуха, а иногда и общего недоразвития речи.

Таким образом, аденоиды не только провоцируют частые простудные заболевания с последующими осложнениями верхних дыхательных путей, но и непосредственно влияют на развитие всех сторон речи ребенка.

При аденоидах необходимо регулярное наблюдение у врача-ларинголога, соблюдение рекомендаций по профилактике простудных заболеваний и ОРВИ, систематическое физиотерапевтическое лечение.

