

© Рібцун Ю. В. Вплив ендогенних та екзогенних факторів на становлення мовленнєвої діяльності молодших дошкільників із ЗНМ [Електронний ресурс] / Юлія Рібцун // Народна освіта. – 2010. – Вип. № 2 (11). – Режим доступу до вид. : www.kristti.com.ua.

УДК 376.37:373.25 – 811.161.2.

Юлія Рібцун,

Інститут спеціальної педагогіки НАПН України

ВПЛИВ ЕНДОГЕННИХ ТА ЕКЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА СТАНОВЛЕННЯ МОВЛЕННЄВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МОЛОДШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗНМ

У статті розкривається вплив ендогенних та екзогенних факторів на становлення мовленнєвої діяльності молодших дошкільників із ЗНМ.

Ключові слова: ендогенні, екзогенні фактори, мовленнєва діяльність, загальний недорозвиток мовлення.

Правильно організоване корекційне навчання та виховання дітей в умовах спеціального дошкільного закладу потребує всебічного вивчення їх мовленнєвих і немовленнєвих процесів, сенсомоторної сфери, інтелектуального розвитку, а також якостей особистості та соціального оточення. Особливо це стосується молодших дошкільників із загальним недорозвитком мовлення, адже такі діти практично не говорять і з'ясувати можливі причини мовленнєвого недорозвитку часто виявляється заскладним.

Відсутність у спеціальній літературі адекватних методів діагностики та корекції порушень мовленнєвого розвитку зазначеної категорії дітей, відповідного навчально-методичного забезпечення ускладнює роботу як логопедів, так і вихователів. Саме тому нами розроблена та апробована методика як діагностичної, так і корекційної роботи з молодшими дошкільниками із ЗНМ.

Первинний збір інформації – важливий етап дослідження стану сформованості мовленнєвої діяльності дітей четвертого року життя із ЗНМ, а тому зупинимось на

ньому детальніше, зокрема розкриваючи вплив ендогенних та екзогенних факторів на становлення мовленнєвої діяльності у дітей.

Збір анамнестичних даних відбувався шляхом цілеспрямованих бесід з батьками у формі структурованих інтерв'ю, які були підтверджені та доповнені медичними довідками (невропатолога, психіатра, ЛОР, офтальмолога). Саме це стало важливою прогностичною частиною всієї побудови обстеження та добору діагностичних методик і дозволило досить повно охарактеризувати пренатальний, натальний та постнатальний періоди розвитку кожної дитини.

Аналіз особових справ дітей та проведених бесід дозволив виділити найбільш типові ендогенні та екзогенні фактори щодо можливих причин мовленнєвого недорозвитку дошкільників.

Проведене дослідження дозволило розмежувати вплив ендогенних факторів у перинатальний та постанальний періоди розвитку, а екзогенних – у перинатальний, натальний та постанальний періоди, що дало змогу з'ясувати найбільш типові чинники, які здійснюють максимально шкідливий вплив на формування як ЦНС дитини в цілому, так і її мовленнєвого розвитку зокрема, та здійснити порівняльний аналіз з існуючими статистичними даними попередніх років.

До *ендогенних факторів у перинатальний період розвитку* ми віднесли: багатоплідну вагітність, токсикоз (у першій та другій половині вагітності), несумісність резус-факторів матері та плоду, групову імунологічну несумісність крові матері та плоду, інфекційні захворювання матері під час вагітності (корева краснуха, вірусний гепатит, грип, епідпаратит, токсоплазмоз та ін.), прийом матер'ю лікарських препаратів (протисудомних, жарознижуючих, гормональних, антибіотиків), вітаміну А та кортизону в критичні періоди ембріонального розвитку (7–8 тижні, 3–4 місяці), стресові ситуації (психотравми), нервово-психічні захворювання батьків, хронічні соматичні захворювання батьків (цукровий діабет, захворювання серця, легень, нирок, ожиріння), вживання батьками алкоголю, нікотину, наркотичних речовин, іонізуюче радіоактивне опромінення батьків, інтоксикації батьків, дію хімічних виробничих та побутових речовин (отрутохімікатів, лугів, кислот), вроджені вади, відхилення від норми в анатомічній будові тіла плоду, ПЕП (перинатальну енцефалопатію), гіпоксії плоду; до

ендогенних факторів у постнатальний період розвитку ми віднесли: генетичні захворювання дитини, захворювання нервової системи дитини, нейроінфекції, вади зору та слуху.

Відсоткове співвідношення ендогенних та екзогенних факторів за ступенем впливу на перинатальний, натальний та постнатальний розвиток представлено у таблицях 1 та 2.

Проаналізуємо вплив ендогенних факторів у перинатальний період розвитку, розташувавши їх за величиною відсоткових значень кількісних показників.

Таблиця 1

Вплив ендогенних факторів на розвиток дитини (у %)

<i>Фактори у перинатальний період розвитку</i>	<i>%</i>	
Багатоплідна вагітність	4,0	
Токсикоз	у першій половині вагітності – 16,0	у другій половині вагітності – 32,0
Резус-фактор чи групова імунологічна несумісність крові	8,0	
Інфекційні захворювання матері під час вагітності (корева краснуха, вірусний гепатит, грип, епідпаратит, токсоплазмоз та ін.)	12,0	
Прийом матір'ю лікарських препаратів (протисудомних, жарознижуючих, гормональних, антибіотиків), вітаміну А та кортизону в критичні періоди ембріонального розвитку (7–8 тижні, 3–4 місяці)	36,0	
Стресові ситуації (психотравми)	8,0	
Нервово-психічні захворювання	4,0	

батьків	
Хронічні соматичні захворювання батьків (цукровий діабет, захворювання серця, легень, нирок, ожиріння)	16,0
Вживання батьками алкоголю, нікотину, наркотичних речовин	12,0
Іонізуюче радіоактивне опромінення батьків	4,0
Інтоксикації батьків, дія хімічних виробничих та побутових речовин (отрутохімікатів, лугів, кислот)	4,0
Вроджені вади, відхилення від норми в анатомічній будові тіла плоду	8,0
ПЕП (перинатальна енцефалопатія)	68,0
Гіпоксії	64,0
<i>Фактори у постнатальний період розвитку</i>	<i>%</i>
Генетичні захворювання	8,0
Захворювання нервової системи дитини, нейроінфекції	64,0
Вади зору та слуху	12,0

Найвищий показник – 68,0% – відмічався наявністю у дітей перинатальної енцефалопатії – значної групи уражень головного мозку, які фіксуються на 28-му тижні вагітності та мають різноманітні причини виникнення. У дітей з ПЕП часто виникають внутрішньочерепні крововиливи, обумовлені слабкістю стінок судин.

Дещо менший показник – 64,0% – характеризувався наявністю гіпоксії плоду, або так званого кисневого голодування, яке характеризується зниженням кількості кисню в організмі та окремих тканинах чи органах, що призводить до грубих метаболічних порушень в організмі плоду.

Третє місце серед особливо чисельних факторів належить прийому матір'ю лікарських препаратів у критичні періоди ембріонального розвитку (7–8 тижні, 3–4 місяці) і складає 36,0% з загальної кількості інтерв'юєрів. Проведені бесіди з матерями молодших дошкільників із ЗНМ дозволили скласти орієнтовний перелік препаратів, які, навіть при застосуванні протягом короткого проміжку часу, мали негативний вплив на формування плоду, а саме: антиметаболіти (аміноптерін, β -меркаптопурін), алкіруючі сполучення (допан, циклосфан, тіофосфамід), антиракові антибіотики (актиноміцин, сарколізин), антидіабетичні сульфаніламідні препарати (бутамід); гормональні препарати тестостерону та його похідних (прегнін), тиреостатичні препарати групи тіоурацилу (метилтіоурацил), антикоагулянти непрямої дії (дикумарин, пелентан), протисудомні препарати, антидепресивні препарати та транквілізатори.

Слід відмітити, що антибіотики, а особливо тетрациклін – викликають аномалії розвитку ембріону і спричиняють уповільнене зростання плоду, здійснюють ураження зачатків молочних зубів, левоміцетин – негативно впливають на органи кровотворення, ототоксичні антибіотики, зокрема стрептоміцин і гентоміцин, – викликають дистрофію слухового нерва із розвитком вродженої глухоти; антикоагулянти непрямої дії, зокрема дікумарин і пелентан, – швидко проникаючи через плаценту, можуть викликати у плоду крововиливи у м'які мозкові оболонки та внутрішні органи; протисудомні препарати, зокрема карбамазепін і фенітоїн, – порушують розвиток плоду та призводять до аномалій скелету; антидепресивні препарати (імізін, амітриптилін) та транквілізатори (сибазон, мепротан) – викликають значну інтоксикацію плоду. Такі дані підтверджуються і дослідженнями Л. О. Бадаляна, О. С. Жукової, М. Ю. Хватцева та ін.

Дещо менші показники має фактор наявності у майбутніх матерів токсикозів, що можуть виникати як у першій половині вагітності і характеризуватися наявністю слинотечі, нудоти та блювання (ранні токсикози – 16,0%), так і у другій половині вагітності та проявлятися у блюванні, збездодненні та різкій втраті маси тіла (водянка, еклампсія, нефропатія – 32,0%), причому водянка характеризується появою набряків ніг, зовнішніх статевих органів та живота, еклампсія – судомами м'язів всього тіла з можливою втратою свідомості, а нефропатія – появою набряків,

підвищенням артеріального тиску та наявністю білків у сечі через порушення обміну речовин і безпосередньо функцій нирок.

Загроза переривання вагітності у першому триместрі, а також під час всього періоду ембріогенезу, тобто від 4 тижнів до 4 місяців вагітності, дуже часто призводить до затримки дозрівання ЦНС, порушення мієлінізації її структур, що викликає утруднене формування міжнейральних зв'язків мозку.

Хронічні соматичні захворювання батьків, зокрема цукровий діабет, захворювання серця, легень, нирок та ожиріння, спостерігалися у 16,0%. Однакові показники – 12,0% – склали фактори вживання батьками алкоголю, нікотину, наркотичних речовин та інфекційні захворювання матері під час вагітності (корева краснуха, вірусний гепатит, грип, епідпаратит, токсоплазмоз та ін.). При цьому порушення матково-плацентарного кровообігу значно уповільнює темп дозрівання плоду.

Важливим фактором для повноцінного формування плоду є також сумісність резус-факторів і групова імунологічна сумісність крові матері та плоду. Взагалі приналежність людини до тієї чи іншої резус-групи є індивідуальною біологічною особливістю, що не впливає на стан її здоров'я, однак несумісність за резус-фактором під час вагітності може викликати резус-конфлікт, при якому резус чи групові антитіла, проникаючи через плаценту, викликають розпад еритроцитів плоду (гемоліз), що призводить до виділення з еритроцитів токсичної для ЦНС речовини – так званого непрямого жовтого пігменту білірубіну. Саме його вплив викликає ураження підкоркових відділів мозку, що призводить до специфічних порушень мовлення та слуху. З цієї причини досить часто діти народжуються недоношеними, з ознаками жовтухи. Показники резус-фактору та групової імунологічної несумісності крові склали 8,0%.

Такий самий кількісний показник – 8,0% – мали і стресові ситуації (психотравми), а також вроджені вади та відхилення від норми в анатомічній будові тіла плоду. Однакові кількісні показники – 4,0% – мали також багатоплідна вагітність, нервово-психічні захворювання батьків, інтоксикації батьків, дія хімічних виробничих та побутових речовин (отрутохімікатів, лугів, кислот), іонізуюче радіоактивне опромінення батьків. Слід зазначити, що за умов впливу

підвищеного фону радіації на ранніх строках вагітності у більшості випадків спостерігаються розлади ЦНС, порушення органів зору, слуху та кровотворної системи, адже плід має надвисоку чутливість до дії іонізуючого випромінювання.

Проаналізуємо вплив ендогенних факторів у постнатальний період розвитку, розташувавши їх за величиною відсоткових значень кількісних показників.

Таблиця 2

Вплив екзогенних факторів на розвиток дитини (у %)

<i>Фактори у перинатальний період розвитку</i>	<i>%</i>			
Вік батьків	до 20 років – 24,0	після 30 років – 24,0	після 40 років – 4,0	
Від якої вагітності дитина	від першої – 76,0	від другої – 16,0	від третьої – 4,0	
<i>Фактори у натальний період розвитку</i>	<i>%</i>			
Пологи	дострокові – 8,0	стрімкі – 20,0	збезводнені – 12,0	кесаревий розтин – 20,0
Стимуляція	механічна – 16,0	хімічна – 12,0	електростимуляція – 8,0	
Родові травми	16,0			
Асфіксії	52,0			
<i>Фактори у постнатальний період розвитку</i>	<i>%</i>			
Інфекційні захворювання дитини	ОРЗ – 68,0	вітряна віспа – 20,0	корева краснуха – 8,0	епідпаротит – 4,0
Соматичні захворювання дитини	48,0			

Мовне середовище	одномовне – 20,0	двомовне – 16,0	суржик мов – 60,0	дефіцит мовленнєвого спілкування – 48,0
Психосоціальна депривація	12,0			

Інфекційні захворювання нервової системи займають провідне місце у клініці дитячої неврології, адже у інфекційний процес можуть залучатися всі відділи центральної (енцефаліт, мієліт), периферичної (гангліоніт, фунікуліт) та вегетативної нервової системи (неврит, плексит), оболонки (лептоменінгіт) та судини мозку (васкуліти). У клінічній картині нейроінфекційних захворювань переважає ранній розвиток набряку мозку, явища якого випереджають виникнення вогнищевої симптоматики. За захворювання нервової системи дитини та нейроінфекції зустрічалися у 64,0%, що свідчило про наявність у дітей невропатичної конституції, тобто підвищеної нервово-психічної збудливості.

Вади зору та слуху склали 12,0%, генетичні захворювання, як передумови мовленнєвої патології, становили 8,0%. Виявлені дані дали підстави відразу виключити таких дітей зі списку діагностованих.

Екзогенні фактори порівняно з ендогенними є більш різноманітними та мають вищі показники.

До *екзогенних факторів у перинатальний період розвитку* ми віднесли: вік батьків (до 20 років, після 30 років, після 40 років), від якої вагітності дитина (від першої, другої, третьої).

Як показали дані дослідження, відсоток дітей від першої вагітності склав 76,0%, від другої – 16,0%, від третьої – 4,0%. Вік батьків до 20 і після 30 років склав 24,0%, після 40 років – 4,0%.

До *екзогенних факторів у натальний період розвитку* ми віднесли: пологи (дострокові, стрімкі, збезводнені, кесаревий розтин), стимуляція (механічна, хімічна, електростимуляція), родові травми, асфіксії.

Проаналізуємо вплив екзогенних факторів у натальний період розвитку, розташувавши їх за величиною відсоткових значень кількісних показників.

Найбільший відсоток (52,0%) склали випадки асфіксії – порушення серцевої діяльності дитини внаслідок відсутності чи нерегулярності дихання через обвиття пуповиною. Внаслідок асфіксії відбувається накопичення кислих продуктів обміну, розвивається ішемія, порушується мозковий кровообіг.

Стрімкі пологи та кесаревий розтин спостерігалися у 20,0%, збезводнені пологи – у 12,0%, дострокові пологи – у 8,0%. Внаслідок затяжних пологів, передчасному відходженні вод, слабкості пологової діяльності у новонароджених спостерігаються дрібні численні крововиливи. Вузький таз породіллі, великий плід, неправильне (тазове чи поперекове) розташування плоду потребують додаткової стимуляції. Випадки механічної стимуляції склали 16,0%, хімічної – 12,0%, електростимуляції – 8,0%.

Родові травми – неоднорідні за етіологією та різноманітні за клінічними проявами зміни ЦНС – склали 16,0%. До внутрішньочерепних родових травм відносять крововиливи у речовину мозку та його оболонки, а також інші розлади мозкового кровообігу, що викликають структурні зміни нервової системи. Крововиливи призводять до загибелі нервових клітин, охоплюючи і мовленнєві зони кори головного мозку, що призводить до таких мовленнєвих порушень коркового генезу, як алалія. У ранньому віці (особливо 14–18 міс.) будь-які, навіть незначні фактори, а тим паче родова травма, можуть відобразитися на розвитку мовлення дитини, бо саме в цей час відбувається найбільш інтенсивний розвиток коркових мовленнєвих зон, у т.ч. зони Брока. При локалізації ураження мозку в області структур, що забезпечують мовноруховий механізм мовлення, виникають переважно такі порушення звуковимовної сторони, як дизартрія.

До екзогенних факторів у постнатальний період розвитку ми віднесли: інфекційні захворювання дитини (ОРЗ, скарлатина, вітряна віспа, епідпаротит, корева краснуха), соматичні захворювання дитини, мовне середовище (одномовне, двомовне, дефіцит мовленнєвого спілкування), психосоціальну депривацію.

Проаналізуємо вплив екзогенних факторів у постнатальний період розвитку, розташувавши їх за величиною відсоткових значень кількісних показників.

Як бачимо, переважна більшість дітей мали мінімальні органічні ураження мозку – так звану мінімальну мозкову дисфункцію (ММД) – особливий вид

психічного дизонтогенезу, в основі якого лежить вікова незрілість окремих вищих коркових функцій, що проявляється у комплексі мовленнєвих, моторних та поведінкових порушень (Л. О. Катаргіна, О. В. Парамей, Д. В. Хватова та ін.).

Соматичні (48,0%) та інфекційні захворювання дитини (ОРЗ – 68,0%, вітряна віспа – 20,0%, отит – 12,0%, скарлатина – 8,0%, корева краснуха – 8,0%, епідпаротит – 4,0%) призводили до ще більшого відставання у формуванні психічних функцій та мовлення.

Розвиток мовленнєвої діяльності визначається ступенем зрілості ЦНС і у значній мірі залежить від особливостей взаємодії дитини із зовнішнім світом. На значущість соціальної ситуації розвитку, тобто зв'язок психічного розвитку із впливом оточуючого середовища, неодноразово вказував Л. С. Виготський, адже мовне середовище спілкування, у якому перебуває дитина, значно впливає на формування її мовленнєвої функції. Як показали результати нашого дослідження, одномовне середовище склало лише 20,0%, двомовне середовище – 16,0%, суржик мов – 60,0%, дефіцит мовленнєвого спілкування спостерігався у 48,0% випадків. Слід зазначити, що у 12,0% спостерігалась психосоціальна депривація, що виявлялась у відсутності чи недостатності вербальних, емоційних контактів дитини з однолітками та дорослими.

Велике значення для визначення стану мовленнєвого розвитку дитини у момент обстеження мали також такі відомості:

- коли саме з'явилися у мовленні дитини гуління, лепет, окремі слова;
- як поповнювався словниковий запас;
- в якому віці з'явилося фразове мовлення;
- чи не переривався мовленнєвий розвиток – якщо переривався, то в якому віці, за яких обставин, як довго дитина не розмовляла, чи досягла початкового рівня;
- яка увага приділялась розвитку мовлення з боку дорослих, чи форсувався мовленнєвий розвиток, чи протікав стихійно;
- мовленнєве оточення дитини – наявність у сім'ї двомовності, діалектної лексики, спотвореної вимови.

Як показали результати дослідження, мовленнєвий розвиток переважної більшості дітей відбувався зі значним запізненням: гуління з'являлося лише після 8

міс., лепет – після року, перші слова – після 2 років, збагачення словникового запасу відбувалося повільно і переважно на рівні імпресивного мовлення, фразове мовлення зазначеної категорії дітей не сформоване взагалі чи складається з окремих, граматично не пов'язаних між собою слів. Мовленнєвий розвиток переривався у 16,0% дітей внаслідок сильних психотравм (хірургічні втручання, переїзди, переляк), у результаті яких лише 4,0% дошкільників досягли початкового рівня. Помітний вплив мовного середовища в сім'ї: мовленнєвий розвиток форсувався у 8,0% – це призвело до запинань у мовленні; протікав стихійно у 44,0% – за умов неповної чи багатодітної сім'ї, вживання батьками алкоголю; у 48,0% – поєднання української та російської, російської та арабської, суржик мов, повне нерозуміння української мови.

Як показали дані порівняльного аналізу, якщо у 80-і рр. ХХ ст. найпоширенішими причинами мовленнєвих вад були генетичні фактори та родові травми (Н. С. Жукова, О. М. Мастюкова, Т. Б. Філічева та ін.), то останнім часом збільшується тенденція до зростання показників появи токсикозів у другій половині вагітності, а також гіпоксій та асфіксій.

Отже, нам було надзвичайно важливо виділити та розмежувати можливі причини мовленнєвого недорозвитку у дошкільників, тобто з'ясувати той негативний вплив одного чи групи внутрішніх і зовнішніх факторів, що визначають специфіку мовленнєвого розладу, визначити час, характер, локалізацію ураження, а це, в свою чергу, дало змогу розмежувати первинні мовленнєві розлади, пов'язані з ураженням чи дисфункцією мовленнєвих механізмів, від вторинних, що спостерігаються у дітей із ЗПР, розумовою відсталістю, сенсорними дефектами чи захворюваннями ЦНС.

Список використаної літератури

1. Жукова Н. С. Отклонения в развитии детской речи : учеб. пособие для студентов дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений и логопедов / Н. С. Жукова. – М. : Энергомаш, 1994. – 128 с.

2. Жукова Н. С. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников : кн. для логопеда / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – Екатеринбург : АРД ЛТД, 1998. – 320 с.

3. Хватцев М. Е. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста : пособие для студентов пед. ин-тов, методистов и воспитателей дет. садов / М. Е. Хватцев. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М. : Учпедгиз, 1961. – 207 с.

4. Чайченко Г. М. Фізіологія людини і тварин : підручник / Г. М. Чайченко, В. О. Цибенко, В. Д. Сокур. – К. : Вища школа, 2003. – 463 с.

5. Чрелашвили Н. В. Психологическая природа возникновения речи в онтогенезе : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук (по психологии) / Н. В. Чрелашвили. – Тбилиси, 1966. – 34 с.

Рибцун Ю. В. Влияние эндогенных и экзогенных факторов на становление речевой деятельности младших дошкольников с общим недоразвитием речи

В статье рассматривается влияние эндогенных и экзогенных факторов на становление речевой деятельности младших дошкольников с общим недоразвитием речи.

Ключевые слова: эндогенные, экзогенные факторы, речевая деятельность, общее недоразвитие речи.

Ribtsun J. V. The endogenous and exogenous factors are influence on the formation of speech activity of the junior children with general speech underdevelopment

The article is dedicated to the endogenous and exogenous factors are influence on the formation of speech activity of the junior children with general speech underdevelopment.

Keywords: endogenous, exogenous factors, speech activity, general speech underdevelopment.