

Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей-инвалидов при расстройствах развития речи и языка

Речь — это высшая психическая функция, свойственная только человеку. Расстройства развития речи и языка - рубрики МКБ-10: F70-72; F80.0 - .1 - 80.2; F80.81; F81.1; F98.5-98.6; R47.0-47.1; R49.0-49.1-49.2

Под нормой речи понимают общепринятые варианты употребления языка в процессе речевой деятельности. Для нормальной речи и ее развития у ребенка необходимо: нормальное строение и функция центральной нервной системы и речевых центров; нормальное состояние органов голосо- и речеобразования (гортань, глотка, полость рта, дыхательный аппарат и др.); нормальный слух, который необходим не только для восприятия и подражания речи окружающих, но и для контроля собственной речи.

Кратко можно выделить следующие виды речи: *устная речь*, среди которой выделяют сенсорную (импрессивную) речь, связанную с восприятием и пониманием речи и моторную (экспрессивная) речь, связанную с произнесением звуков речи человеком; *письменная речь*, связанная с письмом и чтением.

Различают следующие семантические понятия в патологии речи:

1. ***Общее недоразвитие речи (ОНР) — различные сложные речевые расстройства, при которых нарушается формирование всех компонентов речевой системы: звуковой стороны (фонетики) и смысловой стороны (лексики, грамматики) при нормальном слухе и интеллекте.***

Степени выраженности общего недоразвития речи:

1-й уровень ОНР: полное отсутствие речи или наличие лишь ее элементов (лепетные слова, звукоподражания, звукокомплексы) в возрасте, когда у нормально развивающихся детей речь в основном сформирована. Понимание обращенной речи неполное.

2-й уровень ОНР: искаженная фонетически и грамматически фраза, предложения простой конструкции из 2-4 слов. Понимание речи неполное. Полиморфное нарушение звукопроизношения, наличие большого количества (16-20) несформированных звуков.

3-й уровень ОНР: наличие сравнительно развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Лексика включает все части речи. Понимание обращенной речи приближается к норме. Незначительное нарушение звукопроизношения.

4-й уровень ОНР: развернутая фразовая речь с незначительными изменениями всех компонентов языка (лексика, фонетика, грамматика), которые чаще всего проявляются в процессе выполнения специальных заданий. Полное понимание обращенной речи.

Примерные формулировки речевого диагноза при направлении на МСЭ:

«Общее недоразвитие речи (I уровень). Моторная алалия (сенсорная алалия, сенсомоторная алалия)»; «Общее недоразвитие речи (II уровень). Стертая

псевдобульбарная дизартрия»; «Общее недоразвитие речи (III уровень). Выход из моторной алалии».

2. Системное недоразвитие речи (СНР): речевые расстройства, при которых нарушается формирование всех компонентов речевой системы: звуковой стороны (фонетики) и смысловой стороны (лексики, грамматики) у детей с умственной отсталостью и органическим поражением ЦНС

Примерные формулировки речевого диагноза при направлении на МСЭ:

«Системное недоразвитие речи средней степени при умственной отсталости. Стертая форма псевдобульбарной дизартрии. Сложная форма дисграфии (акустическая дисграфия, дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза)», «Системное недоразвитие речи легкой степени при умственной отсталости, Механическая дислалия. Аграмматическая дислексия и дисграфия.»

2. *Задержка речевого развития* – замедление нормального темпа речевого развития ребенка до 3-4 лет, когда отдельные психические (память, внимание, мышление) и языковые функции, а также функция интеллекта отстают в своём развитии от принятых психологических норм для данного возраста, однако интеллектуальная недостаточность при этом не достигает степени слабоумия

3. *Фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН)* - к этой категории относятся дети с нормальным физическим слухом и интеллектом, у которых нарушены произносительная сторона речи и фонематический слух, т.е. слух, позволяющий различать и узнавать фонемы (звуки) родного языка.

Примерные формулировки речевого диагноза при направлении на МСЭ:

«Фонетико-фонематическое нарушение речи. Сенсорная функциональная дислалия. Дисграфия на основе нарушения фонемного распознавания», «Фонетико-фонематическое нарушение речи. Стертая псевдобульбарная дизартрия».

Основные речевые синдромы при фонетико-фонематическом недоразвитии речи: дислалия, дизартрия, ринолалия, нарушения голоса; нарушения письменной речи.

Степени выраженности фонетико-фонематического недоразвития речи: *легкая степень:* недостаточное различение и узнавание только тех звуков, произношение которых нарушено; *средняя степень:* недостаточное различение значительного количества звуков из разных фонетических групп при относительно сформированном их произношении; *глубокое фонематическое недоразвитие*, когда ребенок практически не может выделить их из состава слов, определить последовательность звуков в слове.

4. *Лексико-грамматическое недоразвитие речи (ЛГНР):* ограниченный словарный запас, нарушение грамматического строя речи у детей с

нормальным звукопроизношением и относительно сохранными фонематическими процессами;

5. *Распад речи* - утрата имевшихся речевых навыков и коммуникативных умений вследствие локальных или диффузных поражений головного мозга.

Данные понятия являются логопедическими терминами и должны быть отражены в заключении логопеда при направлении на МСЭ (с указанием их степени выраженности).

После трех - четырехлетнего возраста у ребенка необходимо определять конкретный вид речевого нарушения и структуру речевого дефекта.

Все виды нарушений речи делятся на 2 основные группы: нарушения устной речи: нарушения фонационного (внешнего) оформления речи: афония (дисфония), брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, дизартрия, ринолалия; нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления речи: алалия, афазия; нарушения письменной речи: дисграфия (аграфия), дислексия (алексия).

Основными речевыми синдромами являются:

- *моторная алалия* - недоразвитие экспрессивной речи, (затруднение овладения активным словарным запасом и грамматическим строем языка) при достаточно сохранном понимании речи, нормальном слухе и первично сохранном интеллекте. Причина моторной алалии - поражение центра Брока (корковый конец речедвигательного анализатора) и его проводящих путей;

- *сенсорная алалия* - нарушение понимания речи и фонетической ее стороны вследствие нарушения работы центрального отдела речеслухового анализатора и его проводящих путей (центра Вернике) при сохранном элементарном слухе;

- *афазия* - полная или частичная утрата речи, обусловленная локальным поражением речевых зон коры головного мозга в результате мозговых травм, нарушения мозгового кровообращения (инсульты), нейроинфекций, объемных образований и других заболеваний центральной нервной системы; до 3 лет диагноз «афазия» не выставляется;

- *заикание* - нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата (син.: логоневроз);

- *дислалия* - нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата;

- *ринолалия* - нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата и характеризующееся своеобразным сочетанием неправильной артикуляции звуков и голосовых расстройств;

- *дизартрия* - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное органическим поражением центральной нервной системы и расстройствами иннервации речевого аппарата вследствие поражения корково-ядерных связей, периферических нервов, черепно-мозговых нервов (VII, IX, X, XII пары), мозжечка, подкорковых ядер.

Необходимые данные при направлении на МСЭ:

при первичном обращении желательны данные о постановке диагноза в условиях речевого стационара; при повторном обращении – данные об амбулаторном и стационарном лечении за истекший экспертный период, ЭПО с оценкой состояния психических процессов и, в случае необходимости – оценка интеллекта по Векслеру, заключения специалистов: психиатр, педиатр, ортопед, невролог, окулист и т.д., развернутое заключение логопеда с указанием речевого статуса, диагноза, степени выраженности имеющихся нарушений, характеристика с места учебы, либо выписка из центра реабилитации инвалидов (заключение дефектолога), при необходимости – заключение психолого-медико-педагогической комиссии (выписка или протокол) с определением вида обучения, формы, режима и условий; инструментальные и лабораторные методы исследования (МРТ или КТ головного мозга, нейросонография, УЗИ сосудов головы и шеи, ЭЭГ и т.д.): необходимы при наличии сопутствующей или осложняющей составляющей.

Клинико-экспертно-функциональный диагноз после проведенного осмотра и оценки клинико-экспертных документов складывается из: а) основной нозологии; б) основных дезадаптирующих синдромов речевой патологии (расстройства устной и письменной речи), указания их стойкости и степени выраженности; в) дополнительных синдромов неречевой патологии – синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, психоорганического синдрома, астенического синдрома, статодинамических расстройств и т.д. Например: «Органическое поражение головного мозга перинатального генеза с умеренным синдромом дефицита внимания, с умеренными нарушениями экспрессивной речи по типу псевдобульбарной дизартрии и умеренными нарушениями письменной речи по типу дисграфии и дислексии.»

Экспертная оценка основных видов речевой патологии: степени выраженности нарушений языковых и речевых функций при различных речевых синдромах определяется степенью выраженности общего, системного и фонетико-фонематического нарушения речи.