

Poruchy řeči – praktický pohled v ordinaci pediatra

MUDr. Zdenka Aksenovová, Ph.D.

Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol – Foniatrické oddělení

Poruchy řeči výrazně ovlivňují komunikační proces a celkový psychomotorický a sociální vývoj dítěte. Léčba bývá dlouhodobá, komplexní a multidisciplinární. Úkolem pediatra je screening stavu řeči při pravidelných preventivních prohlídkách a role koordinátora při diagnostice a terapii řečových poruch.

Klíčová slova: vývoj řeči, poruchy řeči, logopedie.

Speech and language impairments – practical view in general pediatricians

Speech or language impairments affect the communication process and total psychomotorical and social development of the child. The therapy is always long-term, complex and multidisciplinary. The role of the pediatrician is in screening, diagnostics and therapy in co-ordination with the other specialists.

Key words: development of speech, speech and language impairments, speech therapy.

Pediatr. praxi 2015; 16(5): 316–319

Úvod

Řeč je artikulovaný (nejčastěji zvukový) projev člověka sloužící ke komunikaci. Kromě mluvené řeči existuje ještě řeč psaná a vnitřní. Ve vývoji řeči je rozhodující prvních šest let života. Poruchy řeči negativně ovlivňují celkový psychosociální vývoj dítěte, řečové obtíže vzniklé v pozdějším věku mohou být prvním signálem nebo následkem jiného onemocnění. Pediatr bývá prvním odborníkem, který podezření na řečový problém řeší. Na jeho správném a včasném rozhodnutí záleží další osud komunikačních schopností dítěte. V následujícím článku jsou popsány nejčastější poruchy řeči, se kterými se pediatr ve své ordinaci setkává. Důraz je kladen na základní diferenciální diagnostiku a terapeutické možnosti.

Rozdělení řečových poruch z praktického hlediska

1. Poruchy ve vývoji:

- opožděný vývoj (OVŘ)
- odchýlný vývoj (vývojová dysfázie, dysartrie, dyslálie)

2. Poruchy plynulosti:

- koktavost
- breptavost

3. Poruchy zvuku řeči:

- huhňavost

4. Sekundární

(projev nebo následek jiného onemocnění):

- dysartrie
- afázie (tato diagnóza je uvedena pouze pro úplnost, jedná se o onemocnění převážně dospělého věku, pediatr se s ní setkává vzácně)

5. Mutismus

Tabulka 1. Jednotlivé etapy vývoje řeči dítěte

Věk dítěte	Odpovídající stav řeči
Do 1 roku	Předřečové stadium, fyziologická nemluvnost, kolem 12 měsíců první slova s významem.
Okolo 2 let	Tvoří jednoduché věty. Ptá se „co je to?“
Kolem 3. roku	Končí období prodloužené fyziologické nemluvnosti. Objevuje se otázka „proč?“ Začíná si osvojovat gramatickou strukturu slov a vět.
Okolo 4. roku	Stadium intelektualizace. Roste slovní zásoba. Výrazně se zkvalitňuje sluchové vnímání.
Okolo 5. roku	Upřesňuje se výslovnost většiny hlásek.
Kolem 6.–7. roku	Ukončení vývoje řeči. Dítě zvládá souvislé vyprávění děje, používá souvětí.

Podmínky pro fyziologický rozvoj řeči

Jednotlivé etapy vývoje řeči jsou orientačně uvedeny v tabulce 1. Vývoj každého dítěte je individuální, stadium řečového rozvoje je nutné vždy posuzovat v souvislosti s celkovým zdravotním stavem a psychomotorickým vývojem (2, 4). Aby se mohla řeč správně rozvíjet, jsou zapotřebí 3 základní podmínky:

1. Dítě musí pobývat ve vhodně stimulujícím prostředí a mít správné řečové vzory. Rodinné prostředí by mělo být akceptující a přiměřeně podnětné. Problémem může být i přílišné přehlcení podněty a snaha některých rodičů o výchovu dle návodů a příruček při nerespektování vlastní intuice a individuálních schopností dítěte.
2. Sluch dítěte musí být dostatečný pro rozvoj řeči. Už i minimální sluchové ztráty do 40 dB mohou ovlivňovat řeč (8) (měřeno podle audiometrického vyšetření aritmetickým průměrem sluchových ztrát na frekvencích 500, 1 000 a 2 000 Hz). Vliv postižení sluchu na rozvoj řeči uvádím v tabulce 2. V současné době se zavádí celoplošný screening sluchových vad u novorozenců. Z tohoto důvodu

by vrozená sluchová vada měla být diagnostikována, léčena a kompenzována již v kojeneckém období a neměla by negativním způsobem ovlivnit rozvoj řeči. Problémem může být sluchové postižení získané, zejména lehčího stupně nebo jednostranné, které unikne pozornosti.

3. Nesmí být přítomna výraznější anatomická nebo funkční patologie v oblasti dýchacího, fonačního a artikulačního ústrojí (sledujeme zejména stav hlasivek, nosu a nosohltanu, patrohltanového uzávěru, chrupu, čelistí, hybnost jazyka, stav podjazykové uzdičky...). Na stavu řeči se podílí i centrální nervová soustava a event. přítomnost neurologického, psychiatrického nebo jiného závažného postižení (mentální retardace, poruchy autistického spektra, dětská mozková obrna, těžká zraková vada...) (2).

Možnosti vyšetření řeči v ordinaci pediatra

Základem je podrobná anamnéza (průběh těhotenství, perinatální období, celkový psychomotorický vývoj, přidružená onemocnění, poruchy chování, stav sluchu, první slova, dy-

Tabulka 2. Vliv velikosti sluchové ztráty na vývoj řeči

Klasifikace sluchové ztráty	Vliv na vývoj řeči
Jednostranná sluchová vada, včetně jednostranné hluchoty	Nemusí mít vliv na vývoj řeči. Někdy bývá diagnostikována náhodně až v předškolním nebo školním věku. Jednostranná hluchota zhoršuje porozumění řeči v hlučném prostředí a znemožňuje směrové slyšení.
Průměrné sluchové ztráty oboustranně do 40 dB (dle audiometrického vyšetření)	Většinou se projeví na stavu řeči. Problémem bývá sekretorická otitida nebo časté katary dýchacích cest, kdy se sluchový práh dlouhodobě nebo přechodně dále zhoršuje o převodní složku. Řešením je konzervativní nebo chirurgická léčba (paracentéza bubínku s odsátím, event. zavedením gromet). V některých případech je vhodná kompenzace vady sluchadly – zpravidla pokud sluchové ztráty oboustranně dosahují 30 dB a více.
Oboustranné ztráty kolem 60 dB	Nediagnostikovaná a nekorigovaná vada se projeví zpožděním vývoje řeči. Zpravidla nebývá porušena suprasegmentální stránka (melodie, přízvuk, dynamika...), protože dítě slyší svou vlastní řeč. Kompenzace sluchadly je nutná.
Ztráty kolem 80 dB a více	Výrazně ovlivní rozvoj řeči. Bez speciálních postupů a kompenzačních pomůcek se zpravidla dítě nenaučí mluvit vůbec a používá náhradní komunikační techniky – např. znakový jazyk. Vždy je nutná kompenzace sluchové vady (sluchadla, kochleární implantát).

Tabulka 3. Příčiny opožděného vývoje řeči

Příčina opožděného vývoje řeči	Možnosti řešení
Sluchová vada	Zajistit vyšetření sluchu, včasnou kompenzaci vady (sluchadla, kochleární implantát) a komplexní logopedickou péči. U těžkých vad jsou někdy nezbytné náhradní komunikační metody (znakový jazyk).
Nedostatečné nebo nepřiměřené stimulující okolí	Edukace rodičů, zařazení do kolektivu. Pozor u slyšících dětí neslyšících rodičů – zajistit pomoc slyšícího okolí!
Morfologické nebo funkční vady mluvidel	Bývají spíše poruchy výslovnosti než OVŘ. Nutná rehabilitační nebo chirurgická léčba.
Poruchy autistického spektra	Přítomny celkové poruchy komunikace a sociální interakce. U těžkých forem se řeč nevytvoří vůbec, nutno zajistit náhradní komunikační mechanismy – např. výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS).
Mentální retardace	OVŘ, poruchy artikulace, někdy se řeč nevytvoří a jsou nutné náhradní mechanismy.
Neurologické onemocnění (DMO...)	Dominuje spíše dysartrie. Prognóza rozvoje řeči závisí na stavu a možnostech řešení základního onemocnění. Nutná komplexní rehabilitační péče.
Těžké zrakové vady	Při rehabilitaci a logopedii využívat sluch a zapojit hmat.
Opožděný vývoj řeči prostý	Nenalezena přidružená patologie, častý familiární výskyt, zvažován genetický podklad, většinou spontánní úprava, v díl. diagnostice zvážit vývojovou dysfázii.

namika vývoje řeči, rozumění řeči, aktivní slovní zásoba...). Vlastní vyšetření řeči je zaměřeno nejen na základní složky (receptivní a expresivní) a na jazykové roviny, ale i na zhodnocení sluchového a zrakového vnímání, na rozvoj hrubé a jemné motoriky a projevy chování (2).

U dítěte sledujeme mluvní apetit a celkovou ochotu ke komunikaci. Rozumění řeči (receptivní složku) lze vyšetřit pomocí jednoduchých úkolů, otázek a pokynů dle věku a předpokládaného intelektu dítěte. Vyšetření řečové exprese provádíme pozorováním spontánního řečového projevu dítěte při hře nebo komunikaci s rodičem, dále prostřednictvím popisu obrázků, rozhovoru nebo cíleného opakování slov a vět. Orientačně lze vyšetřit motoriku jazyka a mluvidel (plazení a pohyby jazyka, špuření úst, nafukování tváří...). Nedílnou součástí by mělo být základní vyšetření sluchu dle věku dítěte (reakce na zvukové hračky, sluchová zkouška šepotem a hlasitou řečí). Přesné určení sluchového prahu je úkolem otorinolaryngologa nebo foniatra. U starších dětí můžeme vyšetřit i čtení a psaní (opisování, diktát). Při hodnocení řeči popisujeme schopnost porozumění řeči, slovní zásobu dítěte (aktivní, pasivní), používání vět (jednotlivá slova, krátké věty bez gramatiky, souvětí...), gramatickou stavbu věty (dysgramatismy), motorickou realizaci

jednotlivých hlásek (při běžné mluvě a cíleném opakování), plynulost řeči, suprasegmentální neboli prozodické faktory (přízvuk, melodie, rytmus...) a celkovou srozumitelnost (řeč je srozumitelná pouze pro matku, pro širší okolí nebo nesrozumitelná).

Diferenciální diagnóza řečových patologií bývá obtížná zejména u malých dětí. Pediatr provádí zpravidla pouze hrubé orientační vyšetření. Podrobnější hodnocení stavu řeči provádí foniatr.

V následujícím přehledu jsou uvedeny nejčastější řečové poruchy v jednotlivých obdobích vývoje dítěte.

Kojenecké období

V oblasti vývoje řeči se jedná o předřečové, přípravné stadium. Prvním zvukovým projevem dítěte je novorozenecký křik, který postupně přechází do stadia broukání. Tato vývojová fáze je společná pro děti všech ras, národů a jazyků, broukají dokonce i děti neslyšící. Kolem šestého měsíce věku se objevuje zvatlání a zdvojování slabik, kdy dítě svými zvukovými projevy napodobuje zvuky řeči. Zároveň začíná rozumět některým slovům a často se opakujícím pokynům v mateřském jazyce. Kolem 12 měsíců věku se objevují první jednoduchá slova s významem (7).

Batolecí období

V batolecím období roste slovní zásoba, dítě začíná spojoval slova do jednoduchých vět. Rozvíjí se gramatika, zlepšuje výslovnost a srozumitelnost dětské řeči pro okolí. Ve 3 letech končí období prodloužené fyziologické nemluvnosti. V tomto věku by dítě mělo být schopno rozumět základním pokynům a komunikovat mluvenou řečí v krátkých větách. Přítomnost dysgramatismů i nedokonalá výslovnost bývají ještě fyziologické. Při preventivní prohlídce tříletého dítěte by měl pediatr zhodnotit stav řeči. Pokud dítě nemluví vůbec nebo nedosahuje výše uvedených kritérií, je to důvod ke komplexnímu foniatrickému vyšetření. Úkolem foniatra je vyšetření sluchu, dýchacího, fonačního, artikulárního ústrojí a podrobný rozbor řeči. Stav celkového psychomotorického vývoje dítěte, úroveň jeho komunikačních schopností verbálních a nonverbálních posuzuje psycholog, ve spolupráci s psychiatrem a neurologem jsou diagnostikovány poruchy chování, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), PAS (poruchy autistického spektra) apod. Nejčastější příčiny **opožděného vývoje řeči (OVŘ)** a možnosti jejich řešení jsou uvedeny v tabulce 3.

Opožděný vývoj řeči může být první známkou jiného závažného onemocnění, proto je třeba tomuto stavu věnovat dostatečnou po-

Tabulka 4. Vývoj artikulace (podle Jurnečkové a Vysoudilové, FN Ostrava – 1970)

Věk	Vývoj artikulace
od 1 do 2,5 let	<i>b, p, m, a, o, u, i, e</i> <i>j, d, t, n, l</i> – artikulační postavení se definitivně upravuje po třetím roce věku dítěte a ovlivní vývoj hlásky <i>r</i>
od 2,5 do 3,5 let	<i>au, ou, v, f, h, ch, k, g</i>
od 3,5 do 4,5 let	<i>bě, pě, mě, vě, d', t', ň</i>
od 4,5 do 5,5 let	<i>č, š, ž</i>
od 5,5 do 6,5 let	<i>c, s, z, r</i>
od 6,5 do 7 let	<i>ř</i> a difenciace <i>č, š, ž a c, s, z</i>

zornost. V diferenciální diagnostice je nutné zvažovat **vývojovou dysfázii**, tj. specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. Organickým podkladem bývá lehké difuzní poškození CNS, zejména sluchové a řečové oblasti (9). Neurologické vyšetření někdy prokáže patologické ložiskové změny při nočním monitorování EEG. Podle závažnosti postižení se pak vývojová dysfázie manifestuje různou hloubkou příznaků. Narušeno bývá v různé míře jak vnímání řeči (receptivní složka), tak i motorická (expresivní) složka. Dítě hůře rozumí delším větám, má malou slovní zásobu, horší slovní paměť, pravidlem bývá mnohočetná dyslálie, porucha fonemického sluchu (*mouka-louka, pes-les*) a výskyt dysgramatismů v řečovém projevu (1). Dysfatic komolí slova, zaměňuje a vynechává hlásky a slabiky. Důsledkem je zhoršená srozumitelnost jeho řeči pro okolí. Mezi další projevy vývojové dysfázie patří nerovnoměrný vývoj intelektu, poruchy zrakového vnímání (*problémy v obkreslování tvarů*), narušení paměťových a motorických funkcí (*koordinace pohybů, grafomotorika*). Ve školním věku se často objevují specifické poruchy učení. V terapii vývojové dysfázie je důležitá komplexnost a týmová spolupráce. Na diagnostice a léčbě se podílí pediatr, foniatr, neurolog, logoped, psycholog, speciální pedagog a event. i fyzioterapeut. Je nutné trénovat sluchové a zrakové vnímání, jemnou a hrubou motoriku, paměť, pozornost, logické myšlení a orientaci v čase a prostoru. Dle stavu řeči potom zvažujeme školní zařazení dysfatického dítěte.

Na přelomu batolecího a předškolního období dochází k překotnému rozvoji slovní zásoby, některé děti však nejsou schopny (vzhledem k nezralosti CNS) dokonalé motorické realizace řeči. U 15 % dětí se kolem třetího roku objevují tzv. **fyzilogické iterace**. Jedná se o krátkodobé poruchy plynulosti řeči, které u většiny dětí vymizí během půl roku, u části populace mohou být počátkem kocktavosti. V této fázi

doporučujeme režimová opatření – dítě zbytečně nepřetěžovat, vyvarovat se stresu a náhlých změn, zklidnit a upravit denní režim. Je vhodné poučit rodiče, aby byli svému potomku vhodným řečovým vzorem, dali dítěti dostatek času a prostoru ke komunikaci a dítě na vadu řeči příliš neupozorňovali. Nedoporučujeme v tomto období zahajovat nápravu artikulace.

Předškolní věk

Nejčastější poruchou řeči v předškolním věku je **dyslalie (patlavost)**. Postihuje zhruba 40 % předškoláků, převažují chlapci. V první třídě se vyskytuje asi u 25 % dětí. Jedná se o funkční poruchu, kdy je hláska tvořena na nesprávném artikulačním místě (2). Do 5 let může být dyslálie fyziologická (při vyloučení jiných patologií). Vývoj artikulace je uveden v tabulce 4 (9). Pokud je vadně tvořeno jen několik hlásek v jednom artikulačním okrsku, jde o lehkou dyslálii (**dyslalia levis**). Je-li postiženo několik artikulačních okrsků, mluvíme o dyslálii mnohočetné (**dyslalia multiplex**). Příčinou mohou být vady sluchu (akustická neboli audiogenní dyslálie), anatomické odchylky mluvidel (vady skusu, anomálie zubů, patra, rtů, jazyka – zkrácená podjazyková uzdička...), vady CNS, chybný mluvní vzor, nedostatečná slovní zásoba, porucha fonemického sluchu nebo i předchozí laická úprava výslovnosti. Nejčastějšími problémy bývá tvorba sykavek (**sigmatismus**) a hlásek L, R a Ř (**lambdacismus, rotacismus a rotacismus bohemicus**). V terapii dyslálie se v některých případech uplatňuje chirurgická léčba (anatomické odchylky mluvidel), jinak je úprava výslovnosti především záležitostí logopeda. Nejdříve je třeba hlásku správně vyvodit, potom fixovat ve slovech a nakonec automatizovat v běžné řeči (3, 4). Jde-li o lehkou dyslálii, zahajujeme logopedickou péči zpravidla kolem 5. roku věku, u vícečetné dyslálie začínáme s úpravou artikulace dříve, tj. mezi 4. a 5. rokem věku. S nástupem školní docházky kolem 6. až 7. roku je řeč fixována písmem a její vývoj je v hrubých rysech ukončen.

Školní a dorostový věk

V tomto věku mohou přetrvávat nepravdivosti vývoje řeči z předchozích období. Nově se objevují poruchy řeči již normálně vytvořené. **Kocktavost (balbuties)** je porucha plynulosti řeči s nepříznivými dopady na osobnost postiženého. Důsledkem mohou být pocity méněcennosti, logofobie až sociální izolace (9). Rizikovým obdobím pro vznik nebo zhoršení kocktavosti je věk kolem 3.–4. roku, dále zahájení školní docházky a puberta. Příčiny poruchy plynulosti řeči jsou zřejmě multifaktoriální, zvažuje se vliv dědičnosti, sociálního prostředí (disponovaný jedinec) i organický podklad (podkorová centra, bazální ganglia, thalamus). V klinickém obraze může převažovat klonická složka (opakování slabik) nebo tonická složka (protahování slabik), často bývá narušené ko-verbální chování (mimovolní pohyby, grimasy, souhyby končetin, vegetativní změny), v řeči se vyskytují bloky (nepřirozené pauzy), postižený mívá potíže v hospodaření s dechem (nádechy uprostřed slova). V důsledku těchto změn je řeč nepřirozená a hůře srozumitelná pro okolí.

Terapie rozvinuté kocktavosti je obtížná a dlouhodobá, vyžaduje komplexní spolupráci odborníků několika odvětví – foniatra, logopeda, psychologa, event. psychiatra. Snažíme se zlepšit stav řeči (dechová, uvolňovací, fonační a artikulační cvičení, používají se techniky modifikace řečového vzorce a opožděná sluchová zpětná vazba), působíme i na psychiku postiženého (individuální a skupinová psychoterapie, relaxační techniky). V léčbě se uplatňují i podpůrné techniky (muzikoterapie, jóga, podpůrné skupiny...) a v ojedinělých případech i medikamentózní terapie (6).

Breptavost (tumultus sermonis) se může vyskytovat samostatně nebo ve spojitosti s kocktavostí. Jedná se o nadměrně zrychlené mluvní tempo řeči. Nezřetelná artikulace a polykání koncovky zhoršuje srozumitelnost řeči. Breptavost většinou nepůsobí postiženému subjektivní obtíže, proto nevyhledává léčbu.

Jiné poruchy řeči

Patologicky změněná porucha zvuku řeči je **huhňavost**. Může být přechodná nebo trvalá, funkční nebo organická. Pokud je nosovost snížena, hovoříme o hyponasalitě neboli zavřené huhňavosti (**rhinophonia clausa**). Příčinou bývá nejčastěji překážka v dutině nosní nebo nosohltanu (zduřelá sliznice nosní při rýmě, nazální polypy, adenoidní vegetace...). Při otevřené huhňavosti (**rhinophonia aperta**) jde o zvýšení nosní rezonance nejčastěji v důsledku narušené

ho patrohltanového uzávěru (rozštěpy, zkrácení nebo obrny měkkého patra...) (10). Huhňavost může být i smíšená (*rhinophonia mixta*), například při nedostatečném patrohltanovém uzávěru a současně přítomnosti nosních polypů. Léčba huhňavosti je většinou chirurgická podle vyvolávající příčiny s následnou rehabilitací a logopedickou péčí (9).

Pojmem **dysartrie** se označuje porucha motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy při zachovaném porozumění. Kromě poruch artikulace bývají přítomny i poruchy fonace, respirace, polykání nebo nosní rezonance (9). Dysartrii dělíme na vývojovou (u neurologických chorob – DMO, svalové dystrofie...) a získanou (úrazy, nádory, infekce CNS...). Možnosti terapie dysartrie jsou limitovány základním organickým postižením, je nutný individuální postup a zároveň komplexní péče se zaměřením na orofaciální stimulaci, dechová cvičení a ovlivňování hybnosti a svalového tonu orofaciální oblasti.

Afázie je centrální porucha tvorby a/nebo porozumění již normálně vyvinuté řeči. Jedná se o získanou poruchu, vznikající většinou náhle na podkladě onemocnění nebo úrazu CNS (CMP, nádory...). V klinickém obraze bývají v různé míře přítomny poruchy porozumění řeči, potíže s pojmenováním, záměny slov a slabik, neologismy, perseverace, echolálie. Bývají časté poruchy řízení pohybů mluvidel a končetin (apraxie) nebo poruchy rozeznávání zvuků, objektů či tváří (agnózie). Terapii afázie zahajujeme co nejdříve po jejím vzniku, je nutná komplexní a dlouhodobá léčba. Prognóza bývá nejistá, u lehčích forem se může stav upravit až k normě (9). Pediatr se s afázií

setkává vzácně, jedná se spíše o onemocnění osob vyššího věku.

Diferenciální diagnóza dysartrie a afázie bývá mnohdy obtížná, obě poruchy se navíc mohou vyskytovat současně.

Jako **oněmění (mutismus)** se označuje náhlá ztráta schopnosti mluvit na funkčním podkladě (neurotickém nebo psychotickém). Vzniká jako reakce na jednorázový nebo opakovaný traumatizující zážitek. Mutismus může být úplný (totální) nebo vázaný na určitou situaci nebo osobu – selektivní (elektivní). Terapie spočívá v odhalení a odstranění příčiny s následnou psychoterapií.

Závěr

Stavu řeči u dětí je třeba věnovat velkou pozornost. Opožděný nebo zastavený vývoj řeči může signalizovat závažnou poruchu v celkovém vývoji dítěte nebo být prvním příznakem jiného onemocnění. Vždy je třeba vyloučit sluchovou vadu, neurologické nebo psychiatrické postižení, poruchu autistického spektra a stanovit úroveň rozumových schopností verbálních a nonverbálních. Diagnostika a terapie řečových vad je multidisciplinární a komplexní. V praxi se poruchy řeči mohou kombinovat, např. mírná forma mutismu či koktavost často nasedají na dysfatický podklad. Úkolem pediatra je screening stavu řeči při pravidelných preventivních prohlídkách. Kolem 3. roku věku je nutné řešit opožděný vývoj řeči, v 5 letech přetrvávající dyslálii. Důležité je také správné načasování logopedické péče. Pokud se orální komunikace nedaří, je nezbytné zajistit náhradní komunikační metody (znakový jazyk, komunikace pomocí obrázků – systém VOKS apod.).

Nelze také opomenout skutečnost, že pro správný vývoj řeči má zásadní vliv rodina a nejbližší okolí dítěte. Role rodičů je důležitá nejen v rozvoji komunikačních schopností a prevenci řečových patologií, ale i oblasti terapie. Léčba řečových poruch je zpravidla dlouhodobá, není jen věcí odborníka, ale vyžaduje zejména každodenní rehabilitační péči rodiny.

Literatura

1. Dlouhá O. Vývojové poruchy řeči. Vztah centrálních poruch řeči a sluchu. Praha: Unitisk, 2003: 142.
2. Dlouhá O, Černý L. Foniatrie. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012: 152.
3. Klenková J. Logopedie. Praha: Grada, 2006: 224.
4. Kutálková D. Logopedická prevence. Praha: Portál, 1996: 213s. ISBN 80-7178-115-0.
5. Lechta V, a kol. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003: 360.
6. Lechta V, a kol. Terapie narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2005: 392.
7. Novák A. Foniatrie a pedaudiologie. Základy fyziologie a patofyziologie řeči, diagnostika a léčba poruch řeči. Praha: Unitisk, 1997: 111.
8. Novák A. Foniatrie a pedaudiologie. Poruchy komunikačního procesu způsobené sluchovými vadami. Praha: Unitisk, 1994: 130.
9. Škodová E, Jedlička I, a kol. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2007: 616.
10. Vohradník M. Poruchy řečové komunikace u velofaryngeální insuficience. Dolní Břežany: Scriptorium, 2001: 136.

Článek doručen redakci: 11. 2. 2015

Článek přijat k publikaci: 28. 4. 2015

MUDr. Zdenka Aksenová, Ph.D.

Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol –
Foniatrické oddělení
V Úvalu 84, 150 06 Praha
aksenovova@seznam.cz
