

Нарушение речи: дизартрия

В последнее время в процессе логопедической практики все чаще встречаются дети, нарушения речи которых схожи с проявлениями сложных форм дислалии, но с более длительной и сложной динамикой обучения и коррекции речи. Тщательное логопедическое обследование и наблюдение выявляют у них ряд специфических нарушений: нарушения двигательной сферы, пространственного гнозиса, фонетической стороны речи (в частности просодических характеристик речи), фонации, дыхания и другие, что позволяет сделать вывод о наличии органических поражений центральной нервной системы.

Опыт практической и исследовательской работы показывает, что очень часто практикующие логопеды испытывают затруднения в диагностике легких форм дизартрии, ее дифференциации от других речевых расстройств, в частности - дислалии, в определении путей коррекции и объема необходимой логопедической помощи детям со стертой формой дизартрии. Учитывая распространенность данного речевого нарушения среди детей дошкольного возраста, можно сделать вывод, что в настоящее время назрела очень актуальная проблема - проблема оказания квалифицированной логопедической помощи детям со стертой формой дизартрии.

В педагогической практике наиболее часто встречается псевдобульбарная форма дизартрии, которая возникает при двустороннем поражении двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола. Вследствие большой вариативности и комбинантности поражения двигательных проводящих путей черепно-мозговых нервов симптоматика псевдобульбарной дизартрии довольно разнообразна и неоднородна: наряду с центральными спастическими параличами и парезами мышц наблюдаются экстрапирамидные нарушения мышечного тонуса (в основном в виде мышечной гипертонии), различные гиперкинезы и другие двигательные нарушения.

Легкие (стертые) формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших воздействие различных неблагоприятных факторов в течение перинатального, натального и раннего постнатального периодов развития. Среди таких неблагоприятных факторов можно отметить:

- токсикоз беременности;
- хроническую гипоксию плода;
- острые и хронические заболевания матери в период беременности;
- минимальное поражение нервной системы при резус-конфликтных ситуациях матери и плода;
- легкую асфиксию;



- родовые травмы;
- острые инфекционные заболевания детей в младенческом возрасте и т.д.

Воздействие этих неблагоприятных факторов приводит к возникновению ряда специфических особенностей в развитии детей. В раннем периоде развития у детей со стертой формой дизартрии отмечаются двигательное беспокойство, нарушения сна, частый, беспричинный плач. Кормление таких детей носит ряд особенностей: наблюдаются трудности в удержании соска, быстрая утомляемость при сосании, малыши рано отказываются от груди, часто и обильно срыгивают. В дальнейшем плохо приучаются к прикорму, неохотно пробуют новую пищу. За обедом такой ребенок долго сидит с набитым ртом, плохо пережевывает и неохотно глотает пищу, отсюда частые поперхивания во время еды. Родители детей с легкими формами дизартрических расстройств отмечают, что в дошкольном возрасте они предпочитают каши, бульоны, пюре твердым продуктам, так что накормить такого ребенка становится настоящей проблемой.

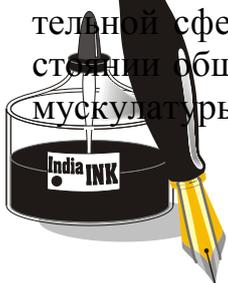
В раннем психомоторном развитии также можно отметить ряд особенностей: становление статодинамических функций может несколько запаздывать или оставаться в пределах возрастной нормы. Дети, как правило, соматически ослаблены, часто болеют простудными заболеваниями.

Анамнез детей с дизартрией легкой степени отягощен. Большинство детей до 1 - 2 лет наблюдаются у детского невропатолога, в дальнейшем после 3-4 лет ребенок снимается с диспансерного наблюдения.

Раннее речевое развитие у значительной части детей с легкими проявлениями дизартрии незначительно замедлено. Первые слова появляются к 1 году, фразовая речь формируется к 2 - 3 годам. При этом довольно долго речь детей остается неразборчивой, неясной, понятной только родителям. Таким образом, к 3 - 4 годам фонетическая сторона речи у дошкольников со стертой формой дизартрии остается несформированной.

В логопедической практике часто встречаются дети с нарушениями звукопроизношения, имеющие в заключении невропатолога данные об отсутствии в неврологическом статусе очаговой микросимптоматики. Однако коррекция речевых нарушений у таких детей обычными методами и приемами не приносит эффективных результатов. Следовательно, встает вопрос о дообследовании и более детальном изучении причин и механизмов возникновения данных нарушений.

При тщательном неврологическом обследовании детей с подобными речевыми расстройствами с применением функциональных нагрузок выявляется неярко выраженная микросимптоматика органического поражения нервной системы. Эти симптомы проявляются в виде расстройства двигательной сферы и экстрапирамидной недостаточности и отражаются на состоянии общей, мелкой и артикуляционной моторики, а также мимической мускулатуры.



Общая моторная сфера детей со стертой формой дизартрии характеризуется неловкими, скованными, недифференцированными движениями. Может встречаться небольшое ограничение объема движений верхних и нижних конечностей, при функциональной нагрузке возможны содружественные движения (синкенезии), нарушения мышечного тонуса. Часто при выраженной общей подвижности движения ребенка со стертой формой дизартрии остаются неловкими и непродуктивными.

Наиболее ярко недостаточность общей моторики проявляется у дошкольников с данным нарушением при выполнении сложных движений, требующих четкого управления движениями, точной работы различных мышечных групп, правильной пространственной организации движений. К примеру, ребенок со стертой формой дизартрии несколько позднее своих сверстников начинает захватывать и удерживать предметы, сидеть, ходить, прыгать на одной и двух ногах, неуклюже бегают, лазают на шведской стенке. В среднем и старшем дошкольном возрасте ребенок долго не может научиться ездить на велосипеде, кататься на лыжах и коньках.

У детей с легкими проявлениями дизартрии наблюдаются также и нарушения мелкой моторики пальцев рук, которые проявляются в нарушении точности движений, снижении скорости выполнения и переключения с одной позы на другую, замедленном включении в движение, недостаточной координации. Пальцевые пробы выполняются неполноценно, наблюдаются значительные затруднения. Данные особенности проявляются в игровой и учебной деятельности ребенка. Дошкольники с легкими проявлениями дизартрии неохотно рисуют, лепят, неумело играют с мозаикой.

Особенности состояния общей и мелкой моторики детей с дизартрией проявляются и в артикуляции, так как существует прямая зависимость между уровнем сформированности мелкой и артикуляционной моторики. Нарушения речевой моторики у дошкольников с данным видом речевой патологии обусловлены органическим характером поражения нервной системы и зависят от характера и степени нарушения функционирования двигательных нервов, обеспечивающих процесс артикуляции. Именно мозаичность поражения двигательных проводящих корково-ядерных путей и определяет большую комбинаторность речевых нарушений при псевдобульбарной дизартрии, коррекция которых требует от логопеда тщательной и детальной разработки индивидуального плана логопедической работы с таким ребенком. И конечно, такая работа представляется невозможной без поддержки и тесного сотрудничества с родителями, заинтересованными в исправлении нарушений.



Составила учитель-логопед: Шичкова Н.В.

Список используемой литературы:

1. Белякова Л.И. Логопедия. Дизартрия – М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2013. – 287с.
2. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — 680 с.
3. Филичева Т.Б. Основы дошкольной логопедии – М.: Эксмо, 2015. – 320с.