

Консультация для воспитателей

«Знакомьтесь, ребенок со стертой дизартрией!»



Учитель-логопед 1 кв.кат
Боровикова Н.Н.

Дизартрия - это нарушение звукопроизношения, голосообразования и просодики, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного. При дизартрии нарушается двигательный механизм речи за счет органического поражения центральной нервной системы..



Почему при дизартрии нарушается членораздельность, внятность речи, интонация, темп, высота и сила голоса?

Потому что из центрального отдела речевого и двигательного анализатора двигательные команды передаются к периферическим органам речи по проводящим нервным путям. Когда происходит органическое поражение непосредственно двигательных нервов или речевых отделов в головном мозге, становится невозможной полноценная передача нервных импульсов, а в речевых мышцах развиваются явления пареза или паралича. А так как парезы распространяются, кроме мышц губ и языка, и на нёбные мышцы, мышцы голосовых связок, а также на мышцы органов дыхания, то при этом мы видим нарушение артикуляции звуков, нарушение голосообразования и нарушение речевого дыхания.

У большинства детей с дизартрией наблюдается нарушение чувствительности речевых мышц, поэтому они почти не ощущают положения своих органов артикуляции. Именно отсутствие чувствительности речевых мышц вызывает затруднения в нахождении нужной артикуляции разных артикуляционных укладов.

Стёртая дизартрия — речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга (Л.В. Лопатина).

Стертая форма - одна из форм дизартрии.

Стертая форма дизартрии – распространенная речевая патология среди дошкольников.

Стертая форма дизартрии чаще всего диагностируется после пяти лет.

Стертая дизартрия может наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших легкую асфиксию или родовую травму, имеющих в анамнезе ПЭП и другие нерезко выраженные неблагоприятные воздействия во время внутриутробного развития или в период родов, а также после рождения. В этих случаях легкая (стертая) дизартрия сочетается с другими признаками минимальной мозговой дисфункции (Е.М. Мастюкова).

ОБЩАЯ МОТОРИКА.

Дети со стертой дизартрией моторно неловки, ограничен объем активных движений, мышцы быстро утомляются при функциональных нагрузках. Неустойчиво стоят на одной какой-либо ноге, не могут попрыгать на одной ноге, пройти по «мостику» и т.д. Плохо подражают при имитации движений: как идет солдат, как летит птица, как режут хлеб и т.д. Особенно заметна моторная несостоятельность на физкультурных и музыкальных занятиях, где дети отстают в темпе, ритме движений, а также при переключаемости движений.



МЕЛКАЯ МОТОРИКА РУК

Дети со стертой дизартрией поздно и с трудом овладевают навыками самообслуживания:

- ❖ Не могут застегнуть пуговицу, развязать шарф и т.д.
- ❖ На занятиях по рисованию плохо держат карандаш, руки бывают напряжены. Многие не любят рисовать.
- ❖ Особенно заметна моторная неловкость рук на занятиях по аппликации и с пластилином. В работах по аппликации прослеживаются еще и трудности пространственного расположения элементов.
- ❖ Нарушение тонких дифференцированных движений рук проявляется при выполнении проб-тестов пальцевой гимнастики. Дети затрудняются или просто не могут без посторонней помощи выполнять движение по подражанию, например, «замок» — сложить кисти вместе, переплетая пальцы; «колечки» — поочередно соединить с большим пальцем указательный, средний, безымянный и мизинец, и другие упражнения пальцевой гимнастики.
- ❖ На занятиях по оригами испытывают огромные затруднения и не могут выполнять самые простые движения, т.к. требуются и пространственная ориентировка, и тонкие дифференцированные движения рук.
- ❖ Со слов мам, многие дети до 5—6 лет не интересуются играми с конструктором, не умеют играть с мелкими игрушками, не собирают пазлы.

ОСОБЕННОСТИ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА.

У детей со стертой дизартрией выявляются патологические особенности в артикуляционном аппарате.

Паретичность мышц органов артикуляции проявляется в следующем:

- лицо гипомимично, мышцы лица при пальпации вялые;
- позу закрытого рта многие дети не удерживают, т.к. нижняя челюсть не фиксируется в приподнятом состоянии из-за вялости жевательной мускулатуры;
- губы вялые, углы их опущены;
- во время речи губы остаются вялыми и необходимой лабиализации звуков не производится, что ухудшает просодическую сторону речи.
- Язык при паретической симптоматике тонкий, находится на дне полости рта, вялый, кончик языка малоактивный. При функциональных нагрузках (артикуляционных упражнениях) мышечная слабость увеличивается.

ОСОБЕННОСТИ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА.

Спастичность мышц органов артикуляции проявляется в следующем:

- лицо амимично, мышцы лица при пальпации твердые, напряженные;
- губы у такого ребенка постоянно находятся в полуулыбке: верхняя губа прижимается к деснам. Во время речи губы не принимают участие в артикуляции звуков. Многие дети, у которых отмечается подобная симптоматика, не умеют выполнять артикуляционное упражнение «трубочка», т.е. вытянуть губы вперед, и др;
- язык при спастическом симптоме чаще изменен по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный.



ОСОБЕННОСТИ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА.

Гиперкинезы при стертой дизартрии проявляются в виде дрожания, тремора языка и голосовых связок. Тремор языка проявляется при функциональных пробах и нагрузках. Например, при задании поддержать широкий язык на нижней губе под счет 5—10 язык не может сохранить состояние покоя, появляется дрожание и легкий цианоз (т.е. посинение кончика языка), а в некоторых случаях язык крайне беспокойный (по языку прокатываются волны в продольном или в поперечном направлении). В этом случае ребенок не может удержать язык вне полости рта. Гиперкинезы языка чаще сочетаются с повышенным тонусом мышц артикуляционного аппарата.

Девияция, т.е. отклонения языка от средней линии, проявляется также при артикуляционных пробах, при функциональных нагрузках. Девияция языка сочетается с асимметрией губ при улыбке со сглаженностью носогубной складки.



ПРОСОДИКА.

- **Интонационно-выразительная окраска речи детей со стертой дизартрией резко снижена. Страдают голос, голосовые модуляции по высоте и силе, ослаблен речевой выдох. Нарушается тембр речи и появляется иногда назальный оттенок. Темп речи чаще ускорен. При рассказывании стихотворения речь ребенка монотонна, постепенно становится менее разборчивой, голос угасает. Голос детей во время речи тихий, не удаются модуляции по высоте, по силе голоса (ребенок не может по подражанию менять высоту голоса, имитируя голоса животных: коровы, собаки и т.п.).**
- **У некоторых детей речевой выдох укорочен, и они говорят на вдохе. В этом случае речь становится захлебывающейся. Часто выявляются дети (с хорошим самоконтролем), у которых при обследовании речи отклонений в звукопроизношении не проявляется, т.к. произносят слова они скандированно, т.е. по слогам, а на первое место выступает только нарушение просодики.**

За обедом ребенок с дизартрическим компонентом долго сидит с набитым ртом, плохо пережевывает и неохотно глотает пищу, отсюда частые поперхивания во время еды. Родители таких детей отмечают, что в дошкольном возрасте они предпочитают каши, бульоны, пюре твердым продуктам, так что накормить такого ребенка становится настоящей проблемой.

Дети, как правило, соматически ослаблены, часто болеют простудными заболеваниями.

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.

Все дети, чья симптоматика соответствует стертой дизартрии, направляются на консультацию к невропатологу для уточнения или подтверждения диагноза и для назначения адекватного лечения, т.к. при стертой дизартрии методика коррекционной работы должна быть комплексной и включать:

- медицинское воздействие;**
- психолого-педагогическую помощь;**
- логопедическую работу.**

Дети, имеющие стертую дизартрию, нуждаются в длительной, систематической индивидуальной логопедической помощи.



Спасибо за внимание!