

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ
СТЁРТОЙ ФОРМЫ ДИЗАРТРИИ
В УСЛОВИЯХ ШКОЛЬНОГО ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ПУНКТА**

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. Структуру дефекта при дизартрии составляет нарушение всей произносительной стороны речи и внеречевых процессов: общей и мелкой моторики, пространственных представлений и др.

Одной из степеней выраженности дизартрии является лёгкая её форма (**стертая дизартрия**), для которой характерно нерезко выраженная неврологическая симптоматика, общая «смазанность» речи, назализация тембра голоса, наличие парезов отдельных мышечных групп, сопровождающихся нечетким звукопроизношением.

Стертая дизартрия (*лёгкая степень дизартрии, МДР — минимальные дизартрические расстройства*) одно из самых распространенных и трудно поддающихся коррекции нарушений произносительной стороны речи. Основные жалобы при стертой дизартрии: невнятная невыразительная речь, плохая дикция, искажение и замена звуков в сложных по слоговой структуре словах и др.

В школьном возрасте стертая дизартрия проявляет себя не только в устной (невнятная, нечеткая), но и в письменной речи. Характерными дисграфическими ошибками на письме являются пропуски и замена гласных букв, пропуски согласных букв при стечении в слове нескольких согласных, недописывание окончаний. Эти ошибки обусловлены недостаточно четкой артикуляцией гласных, которые и в устной речи произносятся редуцированно. Помимо этих ошибок, встречаются и графические ошибки, в основе которых лежит неполноценность оптико-пространственных представлений.

Стертая 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 дизартрии чаще всего диагностируется после пяти лет. 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.

Для раннего выявления стертой дизартрии и правильной организации комплексного воздействия необходимо знать симптомы, характеризующие это нарушение.

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 (внятность речи) у дошкольников со стертой формой дизартрии остается несформированной.

Дети со «стертой» дизартрией большинство изолированных звуков могут произносить правильно, но в речевом потоке слабо автоматизируют их (поставленный звук может не использоваться в речи). Артикуляционные движения могут нарушаться

своеобразно: при ограничении движений языка и губ, наблюдается неточность и несоразмерность выполнения произвольных движений и недостаточность их силы.

Диагностика стертой дизартрии и методики коррекционной работы разработаны пока недостаточно.

В работах Г. Гутцмана, О.В. Правдиной, Л.В. Мелеховой, О.А. Токаревой, И.И. Панченко, Р.И. Мартыновой рассматриваются вопросы симптоматики дизартрических расстройств речи, при которых наблюдается «смытость», «стертость» артикуляции. Авторы отмечают, что стертая дизартрия по своим проявлениям очень похожа на сложную дислалию. В трудах Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Э.Я. Сизовой, Э.К. Макаровой и Е.Ф. Собонович поднимаются вопросы диагностики, дифференциации обучения и логопедической работы в группах детей со стертой дизартрией.

Проблемы дифференциальной диагностики стертой дизартрии, организации логопедической помощи этим детям остаются актуальными, если учитывать распространенность этого дефекта. Среди детей распространенность дизартрии составляет 3-6%, однако в последние годы прослеживается выраженная тенденция к росту данной речевой патологии. Наиболее часто (в 65-85% случаев) дизартрия сопутствует детскому церебральному параличу и имеет те же причины возникновения. В этом случае органическое поражение ЦНС происходит *во внутриутробном, родовом или раннем периоде развития ребенка (обычно до 2-х лет)*.

Наиболее частыми перинатальными факторами дизартрии выступают:

- токсикозы беременности, гипоксия плода, резус-конфликт;
- хронические соматические заболевания матери;
- патологическое течение родов;
- родовые травмы;
- асфиксия при рождении;
- ядерная желтуха новорожденных;
- недоношенность, затяжные или стремительные роды, вызывающие кровоизлияние в мозг младенца и др.

В раннем же детстве поражение ЦНС и дизартрия у ребенка может развиваться после перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита), гнойного среднего отита, гидроцефалии, черепно-мозговой травмы, тяжелых интоксикаций.

Обследование ребенка начинается с беседы с мамой и изучения поликлинической карты развития ребенка. Анализ анамнестических сведений показывает, что имеют место: отклонения во внутриутробном развитии (токсикозы, гипертония, нефропатия и др.); асфиксия новорожденных; стремительные или затяжные роды. Со слов мамы, «ребенок закричал не сразу», «ребенка приносили кормить позже, чем всех». В первый год жизни многие наблюдались у невролога, назначалось медикаментозное лечение и массаж. В диагнозе до года стояло ПЭП (перинатальная энцефалопатия, т.е. синдром диффузного поражения головного мозга дистрофического характера, обусловленного различными болезнями и патологическими состояниями). Развитие ребенка после одного года, как правило, у всех бывает благополучным, невропатолог больше не наблюдает этих детей, и ребенок считается здоровым.

При обследовании у логопеда у детей со стертой дизартрией выявляются следующие симптомы:

ОБЩАЯ МОТОРИКА. Дети со стертой дизартрией моторно неловки, ограничен объем активных движений, мышцы быстро утомляются при функциональных нагрузках. Ребёнок неустойчиво стоит на одной какой-либо ноге, хватаясь за что-нибудь; не может

попрыгать на одной, двух ногах (2-3 раза); пройти по «мостику» (идёт по синусоиде, раскачиваясь); не удерживает поднятую вверх ногу в лежащем положении, чаще левую, чем правую. Плохо подражает при имитации движений: как идет солдат, как летит птица, как режут хлеб. Особенно заметна моторная несостоятельность на физкультурных и музыкальных занятиях, где ребёнок отстаёт в темпе, ритме движений, а также при переключаемости движений.

При внешнем осмотре ребёнка отмечаются особенности в его позе:

- рука (чаще правая), согнута в локтевом суставе и прижата к груди, пальцы сжаты в кулачок;
- при выполнении двигательных движений (поднять руки вверх-вниз, влево-вправо, кулачки сжать) отмечаются ограничения объёма движений рук, чаще справа, чем слева;
- отмечается быстрое утомление мышц на фоне функциональной пробы (при поднятии вверх, рука на стороне пареза сгибается в локтевом и лучезапястном суставах и постепенно опускается вниз). Особенно, когда выполняется упражнение на сжатие кулачков при поднятых руках.

МЕЛКАЯ МОТОРИКА РУК. Дети со стертой дизартрией поздно и с трудом овладевают навыками самообслуживания: не могут застегнуть пуговицу, развязать шарф. 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.

У детей школьного возраста в первом классе отмечаются трудности при овладении графическими навыками (у некоторых наблюдается «зеркальное письмо»; замена букв «д»—«б», гласных, окончаний слов; плохой почерк; медленный темп письма и др.).

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.

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.

Гиперкинезы при стертой дизартрии проявляются в виде дрожания, тремора языка и голосовых связок.

Тремор языка проявляется при функциональных пробах и нагрузках. Например, подержать 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.

Апраксия при стертой дизартрии выявляется одновременно в невозможности выполнения каких-либо произвольных движений руками и органами артикуляции. В артикуляционном аппарате апраксия проявляется в невозможности выполнения определенных движений или при переключении от одного движения к другому.

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.

Гиперсаливация (повышенное слюноотделение) определяется лишь во время речи. Дети не справляются с саливацией, не сглатывают слюну, при этом страдают произносительная сторона речи и просодика.

При обследовании моторной функции артикуляционного аппарата у детей со стертой дизартрией отмечается возможность выполнения всех артикуляционных проб, т. е. дети по заданию выполняют все артикуляционные движения — например, надуть щеки, пощелкать языком, улыбнуться, вытянуть губы и т. д.

При анализе же качества выполнения этих движений можно отметить: смазанность, нечеткость артикуляции, слабость напряжения мышц, аритмичность, снижение амплитуды движений, кратковременность удерживания определенной позы, снижение объема движений, быструю утомляемость мышц и др. Таким образом, при функциональных нагрузках качество артикуляционных движений резко падает. Это и приводит во время речи к искажению звуков, смещению их и ухудшению в целом просодической стороны речи.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ явно выражены:

- яркий, быстро наступающий дермографизм (палочкой провести по руке, лбу - изменяется окраска кожи в месте механического воздействия);
- влажность ладоней, пот на лбу, потливость;
- пульс ритмичный, лабильный, при нагрузке учащается серьезно;
- кожные покровы чистые, кожа сухая, слегка увеличенные размеры черепа, выступают лобные, затылочные бугры, развита и напряжена сосудистая сеть на коже головы.

ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЕ. При первоначальном знакомстве с ребенком звукопроизношение его оценивается как сложная дислалия или простая дислалия. При обследовании звукопроизношения выявляются: смещение, искажение звуков, замена и отсутствие звуков, т. е. те же варианты, что и при дислалии. Но, в отличие от дислалии,

речь при стертой дизартрии имеет нарушения и просодической стороны. Нарушения звукопроизношения и просодики влияют на разборчивость речи, внятность и выразительность. Звуки при стертой дизартрии ставятся теми же способами, что и при дислалии, но долго не автоматизируются и не вводятся в речь. Наиболее распространенным нарушением является дефект произношения свистящих и шипящих. Дети со стертой дизартрией искажают, смешивают не только артикуляционно сложные и близкие по месту и способу образования звуки, но и акустически противопоставленные.

Достаточно часто отмечаются межзубное произнесение, боковые призвуки. Дети испытывают трудности при произношении слов сложной слоговой структуры, упрощают звуконаполняемость, опуская некоторые звуки при стечении согласных.

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).

У некоторых детей речевой выдох укорочен, и они говорят на вдохе. В этом случае речь становится захлебывающейся. Довольно часто выявляются дети (с хорошим самоконтролем), у которых при обследовании речи отклонений в звукопроизношении не проявляется, т. е. произносят слова они скандированно, т. е. по слогам, а на первое место выступает только нарушение просодики.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС. Основную роль в иннервации мышц периферического речевого аппарата играют лицевой, тройничный, языкоглоточный, блуждающий, подъязычный нервы.

При поражениях указанных нервов могут наблюдаться нарушения артикуляции и фонации, приводящие к возникновению *дизартрии*.

Чаще страдает лицевой нерв (VII пара ч.м.н.), языкоглоточный (IX пара ч.м.н.), подъязычный (XII пара ч.м.н.), которые и вызывают особенности и разнообразие фонетических нарушений у детей (это связано с деятельностью губных мышц, мышц языка, нижней челюсти, мягкого нёба).

При нарушении деятельности подъязычного нерва (XII пара ч.м.н.) отмечаются отклонения кончика языка в сторону пареза, ограничения его подвижности (средней части спинки языка особенно), при подъеме кончика языка к верхним резцам средняя часть языка быстро опускается, особенно со стороны пареза, образуя боковую струю воздуха).

При нарушении языкоглоточного (IX пары ч.м.н.) и блуждающего (X пары ч.м.н.) нервов отмечаются расстройства фонации (мягкое нёбо опускается или прижимается круто, появляется деназализация), явление назализации, искажения заднеязычных звуков К, Г, Х.

Так, при поражении V пары ч.м.н.— тройничного нерва — нарушаются движения нижней челюсти. На стороне поражения щека свисает, сглажена носогубная складка, опущен угол рта.

При стертой дизартрии значительные трудности вызывают такие движения, как высовывание языка и удержание его в спокойном состоянии, поднятие и опускание кончика языка, удержание языка в широком и узком состоянии. Выполнение этих движений характеризуется нарушением объема выполняемых движений, беспокойством

языка, тремором кончика языка, пониженным мышечным тонусом, наличием синкинезий, трудностью удержания заданной позы.

Вопросами коррекции дизартрий занимались многие специалисты: О.В. Правдина, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Архипова. Все авторы отмечают необходимость проведения специфической целенаправленной работы по развитию общей моторики, артикуляционной моторики, мелкой моторики пальцев рук, а также проведение пальцевой гимнастики, дыхательных и голосовых упражнений.

Логопедическая работа при стертой дизартрии предусматривает обязательное включение родителей в коррекционно-логопедическую работу. Логопедическая работа включает в себя несколько этапов. На начальных этапах предусматривается работа по нормализации мышечного тонуса артикуляционного аппарата. С этой целью логопед проводит дифференцированный массаж. Планируются упражнения по нормализации моторики артикуляционного аппарата, упражнения по укреплению голоса, дыхания. Специальные упражнения вводятся для улучшения просодики речи. Обязательным элементом логопедического занятия является развитие мелкой моторики рук. Последовательность отработки звуков определяется подготовленностью артикуляционной базы. Особое внимание уделяется подбору лексического материала при автоматизации и дифференциации звуков. Одним из важных моментов в логопедической работе является выработка у ребенка самоконтроля за реализацией произносительных умений и навыков. Коррекция стертой дизартрии предусматривает и предупреждение или устранение дисграфии.

Стёртая форма дизартрии является тяжёлым речевым нарушением и сроки коррекции речи очень длительны. Коррекционную работу учитель-логопед с детьми дизартриками на школьном логопедическом пункте осуществляет на индивидуальных занятиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Архипова Е.Ф.* Клинико-педагогическая характеристика детей со стертой формой дизартрии. // Актуальные вопросы теории и практики коррекционной педагогики. — М., 1997. — С. 27-34.
2. *Архипова, Е.Ф.* Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / Е.Ф. Архипова. — М.: АСТ: Астрель, 2008. — 254, [2] с.: ил. - (Высшая школа).
3. *Ефименкова Л.Н.* Коррекция звуков речи у детей. — М., 1987.
4. *Карелина И.Б.* Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрии и сложной дислалии // Дефектология. — 1996. - № 5.
5. *Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В.* Основы логопедии. — М., 1989.
6. *Киселева В.А.* Дифференциальная диагностика дислалии и стертой формы дизартрии // Школа здоровья. — 1996. — №3.