

Консультация логопеда

«Что нужно знать родителям о дизартрии»

Человек отличается от животных наличием речи – сложной, структурированной, многофункциональной системы. При нарушениях речевой функции, не обусловленных конкретными заболеваниями, необходима логопедическая и медицинская помощь. Одним из патологических состояний, требующих коррекции, является дизартрия – искаженное проговаривание звуков. У маленьких детей, у которых артикуляционная система находится на стадии формирования, выявить патологию проблематично. Но по мере взросления дефект речи становится все заметнее.

Дизартрия у детей – что это?

Дизартрия – это расстройство произносительной организации речи, связанное с поражением центрального отдела речедвигательного анализатора и нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата (чаще всего нервными нарушениями в области голосовых связок, мягкого нёба, лицевой мускулатуры, отсутствием или искривлением зубов).

Наблюдается тенденция к возрастанию этого расстройства. Болезнь находится в тройке наиболее распространённых расстройств речи, наряду с дислалией (дефектами речи, не связанными с поражением центральной нервной системы) и алалией (серьезными нарушениями либо полным отсутствием речи у детей). Дизартрия возникает вследствие нарушения работы центральной либо периферической нервной системы, что сказывается на иннервации мышц губ и языка, гортани, неба, гортани и дыхательных мышц.

Структура дефекта при дизартрии включает нарушение речевой моторики, звукопроизношения, речевого дыхания, голоса и просодической стороны речи; при тяжелых поражениях возникает анартрия. За речевой дизартрией следует письменная. Ребёнок испытывает затруднения в обучении письму, поскольку неправильно произносит звуки и слова. При тяжёлой форме заболевания речь настолько искажена, что понять ее окружающим практически невозможно.

Причины дизартрии

В основе развития дизартрии у детей лежат патологии центральной и периферической нервной системы. Они могут появиться как в процессе внутриутробного развития, так и после рождения.

Причинами, провоцирующими возникновение дизартрии у детей *в период внутриутробного развития* могут быть:

- возникающая иммунная реакция материнского организма с резус-отрицательной группой крови на резус-положительный плод; состояние

классифицируется как резус-конфликт и с первых месяцев беременности должно быть на особом наблюдении;

- наличие у беременной соматических заболеваний с хроническим течением;
- инфекционные патологии, перенесенные матерью в начале беременности;
- патологические явления в период внутриутробного развития (скачки артериального давления, судороги, сильный токсикоз);
- алкогольная или наркотическая зависимость беременной женщины;
- токсикоз и гестоз, провоцирующие гипоксию плода;
- патологии родовой деятельности;
- травмы или удушение плода при родовом процессе;
- асфиксия, наблюдающаяся при рождении; патологическое состояние может возникнуть при длительном пребывании плода в матке после отхождения околоплодных вод и при обвитии шеи ребёнка пуповиной;
- билирубиновая энцефалопатия, вследствие которой у новорожденных часто развивается ядерная желтуха;
- гемолитическая анемия у младенца;
- олигофрения;
- недоношенность, срок которой составляет 1 месяц и более.

Дизартрия у детей бывает не только врожденным, но и **приобретенным в возрасте до 2 лет** заболеванием. Дизартрия у детей в дошкольном возрасте может появляться вследствие таких патологий:

- менингит;
- черепно-мозговая травма;
- тяжелое инфекционное кишечное заболевание;
- гнойный отит, развивающийся в среднем ухе;
- инфекции головного мозга;
- интоксикации;
- наследственные заболевания и новообразования в области черепа.

Приобретенная форма – взрослая. У взрослых людей патология характеризуется резким проявлением симптомов, поэтому не заметить ее невозможно. Дизартрия может развиваться у ребёнка школьного возраста и взрослого человека на фоне таких состояний:

- инсульт;

- травмы мозга;
- энцефалит;
- рассеянный склероз;
- болезнь Лу Герига;
- сирингобульбия;
- токсоплазмоз;
- туберкулез центральной нервной системы;
- нейросифилис;
- миастения;
- онкологические образования головного мозга;
- болезнь Паркинсона;
- проведенные ранее нейрохирургические вмешательства.

Сложность терапии дизартрии всегда напрямую зависит от тяжести имеющихся нарушений работы центральной и периферической нервной систем ребёнка.

Речевые симптомы дизартрии

При заболевании сбивается речевое дыхание. Больной дышит часто, прерывисто, наблюдается неполный вдох. Отмечаются симптомы, обусловленные **артикуляционными нарушениями:**

- спазмы ротовых, шейных, губных, языковых мышц;
- снижение тонуса лицевой мускулатуры;
- отсутствие мимических рефлексов;
- низкая подвижность языка;
- поражение нервных тканей, приводящее к ослаблению мышц.

Фиксируются признаки, спровоцированные **искажением звукопроизношения:**

- недоразвитость речи;
- проглатывание звуков;
- слабый голос;
- искажение и расплывчатость произносимого;
- неправильный ритм дыхания;
- отсутствие связи между мимикой и произносимым;

- медленное, нечеткое, монотонное произношение;
- смягчение твердых фонем;
- немота (если паралич полный).

Родителям следует обратить внимание на симптомы, сигнализирующие о развитии дизартрии *у младенца*. Это позволит своевременно приступить к лечению. У больного младенца отмечают:

- нарушение сосательной функции;
- протекание молока между материнской грудью и губами ребенка;
- частые покашливания и срыгивания во время кормления;
- неправильное жевание и глотание;
- гнусавый или хриплый голос;
- отсутствие или позднее появление лепета.

Виды дизартрии

По неврологическим показателям речевое расстройство классифицируется с учетом зоны локализации основной патологии:

- **бульбарная дизартрия** связана с поражением ядер черепно-мозговых нервов (языкоглоточного, подъязычного, блуждающего, иногда – лицевого, тройничного) в продолговатом мозге;
- **псевдобульбарная дизартрия** связана с поражением корково-ядерных проводящих путей;
- **экстрапирамидная (подкорковая) дизартрия** связана с поражением подкорковых ядер головного мозга;
- **мозжечковая дизартрия** связана с поражением мозжечка и его проводящих путей;
- **корковая дизартрия** связана с очаговыми поражениями коры головного мозга.

В зависимости от ведущего клинического синдрома при ДЦП может встречаться спастико-ригидная, спастико-паретическая, спастико-гиперкинетическая, спастико-атактическая, атактико-гиперкинетическая дизартрия.

Степени тяжести дизартрии

- 1 степень именуется стёртой – наличие у ребёнка речевых дефектов обнаруживается только во время логопедического обследования;
- 2 степень характеризуется понятной речью ребёнка, при которой наблюдаются заметные дефекты произношения звуков и слогов;

- 3 степень устанавливается в том случае, когда речь ребёнка понимают только близкие;
- 4 степень, или анартрия – речь неразборчива даже для самого близкого окружения ребёнка, в отдельных случаях дети не разговаривают вообще.

Симптомы дизартрии

Речь пациентов с дизартрией невнятная, нечёткая, малопонятная («каша во рту»), что обусловлено недостаточной иннервацией мышц губ, языка, мягкого неба, голосовых складок, гортани, дыхательной мускулатуры. Поэтому при дизартрии развивается целый комплекс речевых и неречевых нарушений, составляющих суть дефекта.

Нарушение артикуляционной моторики у пациентов с дизартрией может проявляться в спастичности, гипотонии или дистонии артикуляционных мышц. Мышечная спастика сопровождается постоянным повышенным тонусом и напряжением мускулатуры губ, языка, лица, шеи; плотным смыканием губ, ограничением артикуляционных движений. При мышечной гипотонии язык вялый, неподвижно лежит на дне полости рта; губы не смыкаются, рот полуоткрыт, выражена гиперсаливация (слюнотечение); вследствие парезов мягкого неба появляется носовой оттенок голоса (назализация). В случае дизартрии, протекающей с мышечной дистонией, при попытках речи тонус мышц изменяется с низкого на повышенный.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии могут быть выражены в различной степени, в зависимости от локализации и тяжести поражения нервной системы. При стёртой дизартрии наблюдаются отдельные фонетические дефекты (искажения звуков), «смазанность» речи». При более выраженных степенях дизартрии имеются искажения, пропуски, замены звуков; речь становится медленной, невыразительной, невнятной. Общая речевая активность заметно снижена. В самых тяжелых случаях, при полном параличе речедвигательных мышц моторная реализация речи становится невозможной.

Специфическими чертами нарушения звукопроизношения при дизартрии служат стойкость дефектов и трудность их преодоления, а также необходимость более длительного периода автоматизации звуков. При дизартрии нарушается артикуляция практически всех звуков речи, в т. ч. гласных. Для дизартрии характерно межзубное и боковое произношение шипящих и свистящих звуков; дефекты озвончения, палатализация (смягчение) твердых согласных.

Вследствие недостаточной иннервации речевой мускулатуры при дизартрии нарушается речевое дыхание: выдох укорочен, дыхание в момент речи становится учащенным и прерывистым. Нарушение голоса при дизартрии характеризуется его недостаточной силой (голос тихий, слабый, иссякающий),

изменением тембра (глухостью, назализацией), мелодико-интонационными расстройствами (монотонностью, отсутствием или невыраженностью голосовых модуляций).

Бульбарная дизартрия

Для бульбарной дизартрии характерны арефлексия, амимия, расстройство сосания, глотания твердой и жидкой пищи, жевания, гиперсаливация, вызванные атонией мышц полости рта. Артикуляция звуков невнятная и крайне упрощенная. Все разнообразие согласных редуцируется в единый щелевой звук; звуки не дифференцируются между собой. Типична назализация тембра голоса, дисфония или афония.

Псевдобульбарная дизартрия

При псевдобульбарной дизартрии характер расстройств определяется спастическим параличом и мышечным гипертонусом. Наиболее ярко псевдобульбарный паралич проявляется в нарушении движений языка: большие трудности вызывают попытки поднять кончик языка вверх, отвести в стороны, удержать в определенном положении. При псевдобульбарной дизартрии затруднено переключение с одной артикуляционной позы на другую. Типично избирательное нарушение произвольных движений, синкинезии (содружественные движения); обильное слюнотечение, усиление глоточного рефлекса, поперхивание. Речь больных с псевдобульбарной дизартрией смазанная, невнятная, имеет носовой оттенок; грубо нарушено нормативное воспроизведение соноров, свистящих и шипящих.

Подкорковая дизартрия

Для подкорковой дизартрии характерно наличие гиперкинезов – непроизвольных насильственных движений мышц, в т. ч. мимических и артикуляционных. Гиперкинезы могут возникать в покое, однако обычно усиливаются при попытке речи, вызывая артикуляционный спазм. Отмечается нарушение тембра и силы голоса, просодической стороны речи; иногда у больных вырываются непроизвольные гортанные выкрики.

При подкорковой дизартрии может нарушаться темп речи по типу брадилалии, тахилалии или речевой дизаритмии (органического заикания). Подкорковая дизартрия часто сочетается с псевдобульбарной, бульбарной и мозжечковой формой.

Мозжечковая дизартрия

Типичным проявлением мозжечковой дизартрии служит нарушение координации речевого процесса, следствием чего является тремор языка, толчкообразная, скандированная речь, отдельные выкрики. Речь замедлена и невнятна; в наибольшей степени нарушается произношение переднеязычных и губных звуков. При мозжечковой дизартрии отмечается атаксия (шаткость походки, нарушение равновесия, неловкость движений).

Корковая дизартрия

Корковая дизартрия по своим речевым проявлениям напоминает моторную афазию и характеризуется нарушением произвольной артикуляционной моторики. Расстройства речевого дыхания, голоса, просодики при корковой дизартрии отсутствуют. С учетом локализации поражений различают кинестетическую постцентрально-корковую дизартрию (афферентную корковую дизартрию) и кинетическую премоторную корковую дизартрию (эфферентную корковую дизартрию). Однако при корковой дизартрии имеется только артикуляционная апраксия, тогда как при моторной афазии страдает не только артикуляция звуков, но также чтение, письмо, понимание речи, использование средств языка.

Стёртая форма дизартрии

В последнее время 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.

Лёгкие (стёртые) формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших воздействие различных неблагоприятных факторов в течение пренатального, 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;
- лёгкую 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 ранний период развития у детей со стёртой 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 лёгкими формами дизартрических расстройств отмечают, что в дошкольном возрасте дети 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 со стёртой формой дизартрии отягощён. Большинство детей до 1-2 лет наблюдались у невропатолога, в дальнейшем этот диагноз был снят.

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

В логопедической практике часто встречаются дети с нарушениями звукопроизношения, имеющие в заключение невропатолога данные об отсутствии в неврологическом статусе очаговой микросимптоматики. Однако коррекция речевых нарушений у таких детей обычными методами и приёмами не приносит эффективных результатов. Следовательно, встаёт 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 стёртой 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 стёртой формой дизартрии остаются неловкими и непродуктивными.

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

У детей со стёртой формой 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 ребёнка. Дошкольник с лёгкими проявлениями дизартрии неохотно рисует, лепит, неумело играет с мозаикой.

Особенности состояния общей и мелкой моторики 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 комбинативность речевых нарушений при стёртой форме 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 речи своего ребёнка.

Осложнения

Ввиду нечленораздельности речи у детей с дизартрией вторично страдает слуховая дифференциация звуков и фонематический анализ и синтез. Трудность и недостаточность речевого общения могут приводить к несформированности словарного запаса и грамматического строя речи. Поэтому у детей с дизартрией может отмечаться фонетико-фонематическое (ФФН) или общее недоразвитие речи (ОНР) и связанные с ними соответствующие виды дисграфии.

Диагностика

Постановкой диагноза и последующим лечением больных дизартрией занимается логопед и невролог.

Неврологическое обследование зависит от предполагаемого клинического диагноза. Наиболее важное диагностическое значение имеют данные электрофизиологических исследований (электроэнцефалографии – ЭЭГ, электронейромиографии – ЭНМГ), транскраниальной магнитной стимуляции, МРТ головного мозга и др.)

Логопедическое обследование. Логопед во время первичного приема оценивает как речевые, так и неречевые нарушения. Речевые нарушения определяются после устной и письменной проверки. Устная диагностика включает определение:

- способа и характера произношения;
- правильности произношения звуков и слогов;
- темпа и ритма ведения речи;
- характер дыхательного ритма во время разговора;
- разборчивости речи;
- уровня лексико-грамматического построения предложений во время разговора.

Для проведения диагностики письменной речи ребёнку необходимо переписывать отдельные слова и предложения с предоставленного примера, писать под диктовку, читать и пояснять вычитанное, осмысляя полученную информацию. Диагностика дизартрии у детей позволяет выявить стёртые формы.

При диагностике неречевых нарушений логопед оценивает работу мимической и артикуляционной мускулатуры, объем их движений и особенности дыхания.

Коррекция дизартрии

Логопедическая работа по преодолению дизартрии должна проводиться систематически, на фоне медикаментозной терапии и реабилитации, назначаемой неврологом.

Коррекционная терапия включает такие методы:

- логопедический, общий точечный, артикуляционный и сегменторефлекторный массаж;
- посещение занятий ЛФК;
- механотерапия;
- физиотерапия;

- лечебные ванны;
- иглокалывание;
- применение комплекса упражнений для развития мелкой моторики;
- дыхательная гимнастика;
- упражнения для развития голоса.

В дополнение к основным логопедическим методам, лечение может включать в себя сеансы нетрадиционных методов терапии:

- дельфинотерапия;
- пескотерапия;
- сенсорная терапия;
- изотерапия.

Для достижения положительного результата все назначенные врачом занятия с ребёнком должны проводиться ежедневно.

Процесс автоматизации речи и коррекции дизартрии занимает много времени и требует особой настойчивости, потому как первые результаты появляются не ранее, чем через несколько месяцев после начала активных занятий.

Педагогические занятия с логопедом обязательно должны проводиться одновременно с медикаментозной терапией патологии, назначенной неврологом. Наиболее заметный положительный результат от лечения получают пациенты, терапия у которых направлена на устранение первопричины дизартрии.

Прогноз и профилактика

Только рано начатая, систематическая логопедическая работа по коррекции дизартрии может дать положительные результаты. Большую роль в успехе коррекционно-педагогического воздействия играет терапия основного заболевания, усердие самого пациента-дизартрика и его близкого окружения.

При этих условиях на практически полную нормализацию речевой функции (до уровня 90-100%) можно рассчитывать в случае стёртой дизартрии. Овладев навыками правильной речи, такие дети могут успешно обучаться в общеобразовательной школе, а необходимую логопедическую помощь получают в поликлиниках или на школьных логопедических пунктах.

При тяжелых формах дизартрии возможно лишь улучшение состояния речевой функции. Пациент нуждается в обучении в специализированной логопедической школе.

Медико-педагогическая работа по предупреждению дизартрии у детей с перинатальным поражением головного мозга должна начинаться с первых месяцев жизни. Профилактика дизартрии в раннем детском и взрослом возрасте заключается в предупреждении нейроинфекций, травм головного мозга, токсических воздействий.