

СБОР АНАМНЕЗА И ОБСЛЕДОВАНИЕ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА ПРИ СТЁРТОЙ ДИЗАРТРИИ

¹ Ачилова Севара Джасиркуловна

Аннотация

В данной статье исследуется артикуляционный речевой аппарат у детей с дизартрии и сбор анамнестические данные. Также предоставляется информация об их анализе.

Ключивые слова: Анамнез, дизартрия, заикание, алалия, афазия, ринолалия, обощее недоразвитие речи.

¹ ЧГПИТО, доктор философии (PhD) по педагогическим науками в.б. доцент

Как известно во многих много профильных дошкольных учреждениях воспитываются дети с разными дефектами. Из них существуют дети с нарушениями речи.

К нарушениями речи входит дислалия, дизартрия, алалия, афазия, ринолалия, заикание и обобщенное недоразвитие речи.

Дизартрия это - нарушение речи, вызванное заболеваниями нервной системы или расстройством в работе голосовых связок, лицевых и дыхательных мышц. Недостаточная подвижность органов речи приводит к неправильному произношению и общей неразвитости речи.

Дизартрия часто встречается у детей с ДЦП — в этом случае поражена центральная нервная система, а мускулатура лица неразвита. Это тяжелая форма заболевания — ребенок не способен произносить речь. В легкой форме дизартрия проявляется сложностями в работе мелкой моторики, нечетким произношением слов.

Первые отклонения, сигнализирующие о наличии дизартрии, наблюдаются у ребенка еще во младенчестве: малыш неактивно сосет грудь, можно видеть, что ребенку трудно кормиться, он часто срыгивает и давиться. Распознать дизартрию можно и чуть позднее, в возрасте, когда ребенок должен много лопотать, владеть простейшими словами. Можно заметить постоянное напряжение губ, шеи и языка, либо наоборот — мускулатура вялая, рот постоянно приоткрыт, текут слюны, ребенок говорит “в нос”. Могут иметь место и постоянные смены излишнего напряжения и расслабления мышц. Речь ребенка сбивчива. Она может быть сначала быстрая, потом медленная, а к концу фразы ребенка практически не слышно. Часто он пропускает звуки и буквы, вплоть до не произношения целого ряда согласных. Голос звучит пискляво. Такие дети не любят работать пальчиками: завязывание шнурков или необходимость использования ножниц вызывает у них протест. У них не получается хорошо рисовать, т.к. они испытывают трудности в удержании карандаша и ручки. Дети не могут танцевать или петь, т.к. заболевание ведет к нарушению слуха, не любят физические упражнения.

Понять, к какой форме относится тот или иной случай дизартрии, можно после проведения соответствующих исследований, которые должен делать специалист. Самостоятельно поставленный диагноз может быть ошибочным. К примеру, дизартрия может быть спутана с дислалией, а в случае последней, никаких органических повреждений мозга нет.

Диагностика дизартрии начинается с проведения соответствующих исследований и анализов, таких как: МРТ головного мозга, электромиография, электроэнцефалография, электроэнцефалография и т.д. Дети, страдающие разными формами дизартрии, искажают речь по-разному. Для оценки сложности случая необходима логопедическая диагностика темпа речи, разборчивости, произношения, работы мышечной системы, письменной и устной речи и т.д.

Среди детей с нарушениями речи часто встречается стертая дизартрия.

Стертая дизартрия встречается очень часто в логопедической практике. Основные жалобы при стертой дизартрии: невнятная невыразительная речь, плохая дикция, искажение и замена звуков в сложных по слоговой структуре словах и др.

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).

Исследования детей в массовых садах показали, что в старших и подготовительных к школе группах от 40 до 60% детей имеют отклонения в речевом развитии. Среди наиболее распространенных нарушений: дислалия, ринофония, фонетико-фонематическое недоразвитие, стертая дизартрия.

В группах для детей с общим недоразвитием речи до 50% детей, а в группах с фонетико-фонематическим недоразвитием - до 35% детей имеют стертую дизартрию. Дети, имеющие стертую дизартрию, нуждаются в длительной, систематической индивидуальной логопедической помощи. Логопеды специализированных групп планируют логопедическую работу следующим образом: на фронтальных, подгрупповых занятиях со всеми детьми изучают программный материал, направленный на устранение общего недоразвития речи, а на индивидуальных занятиях осуществляют коррекцию произносительной стороны речи и просодики, т.е. устранение симптомов стертой дизартрии.

Диагностика стертой дизартрии и методики коррекционной работы разработаны пока недостаточно. В работах Г.Г. Гутцмана, О.В. Правдиной, Л.В. Мелеховой, О.А. Токаревой, И.И. Данченко, 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 дошкольников со стертой дизартрией. Проблемы дифференциальной диагностики стертой дизартрии, организации логопедической помощи этим детям остаются актуальными, учитывая распространенность этого дефекта.

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 эти нарушения. 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 НЭП (перинатальная энцефалопатия). Развитие ребенка после

одного года, как правило, у всех бывает благополучным, невропатолог больше не наблюдает этих детей, и ребенок считается здоровым.

При обследовании в поликлинике у логопеда у детей в возрасте 5-6 лет со стертой дизартрией выявляются следующие симптомы:

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.п. 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. 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 проявляются 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.

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.

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.

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, смешению их и ухудшению в целом просодической стороны речи.

Звукопроизношение. При первоначальном знакомстве с ребенком звукопроизношение его оценивается как сложная дислалия или простая дислалия. При обследовании звукопроизношения выявляются: смешение, 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. Некоторые дети обращаются в поликлинику после занятий с логопедом. Родители задают вопрос, почему звуки, которые логопед поставил, не используются в речи ребенка.

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 и т.п.).

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.к. произносят слова они скандированно, т.е. по слогам, а на первое место выступает только нарушение просодики.

Общее речевое развитие. Детей со стертой дизартрией условно можно разделить на три

группы.

Первая группа. Дети, у которых имеется нарушение звукопроизношения и просодики. Эта группа очень похожа на детей с дислалией. Часто логопеды их ведут как дислаликов и только в процессе логопедической работы, когда нет положительной динамики при автоматизации звуков, возникает подозрение, что это стертая дизартрия. Чаще всего это подтверждается при глубоком обследовании и после консультации у невролога. Эти дети имеют хороший уровень речевого развития, но многие из них испытывают трудности при усвоении, различении и воспроизведении предлогов. Дети путают сложные предлоги, испытывают проблемы в различении и использовании приставочных глаголов. Вместе с тем они владеют связной речью, имеют богатый словарь, но могут испытывать затруднения при произнесении слов сложной слоговой структуры (например, *сковорода, скатерть, пуговица, снеговик* и т.п.). Кроме того, многие дети испытывают трудности с пространственной ориентацией (схема тела, понятия «внизу-вверху» и т.д.).

Вторая группа. Это дети, у которых нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи сочетается с незаконченным процессом формирования фонематического слуха. В этом случае у детей в речи встречаются единичные лексико-грамматические ошибки. Дети допускают ошибки в специальных заданиях при восприятии на слух и повторений слогов и слов с оппозиционными звуками - например, при просьбе показать нужную картинку (*мышка-мишка, удочка-уточка, коса-коза* и т.д.).

Таким образом, у детей констатируются несформированность слуховой и произносительной дифференциации звуков. Словарь детей отстает от возрастной нормы. Многие испытывают трудности при словообразовании, допускают ошибки в согласовании имени существительного с числительным и др. Дефекты звукопроизношения стойкие и расцениваются как сложные, полиморфные нарушения. Эта группа детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН и стертой дизартрией) должна направляться логопедом поликлиники на МПК (медико-педагогическую комиссию), в специализированный детский сад (в группу ФФН).

Третья группа. Это дети, у которых стойкое полиморфное нарушение звукопроизношения и недостаток просодической стороны речи сочетается с недоразвитием фонематического слуха. В результате при обследовании отмечается бедный словарь, выраженные ошибки в грамматическом строе, невозможность связного высказывания, значительные трудности при усвоении слов различной слоговой структуры.

Все дети этой группы демонстрируют несформированность слуховой и произносительной дифференциации. Показательно игнорирование в речи предлогов. Эти дети со стертой дизартрией и общим недоразвитием речи (ОНР) должны направляться на МПК (в специализированные группы детского сада) в группы ОНР.

Проведение логопедического обследования должна быть всесторонним, комплексным и динамичным. Комплексность, целостность и динамичность обследования обеспечиваются тем, что обследуются все стороны и компоненты речи: звукопроизношение, фонематический слух, лексике, грамматический строй. У детей школьного возраста обследуется чтение и письмо. В данной статье рассмотрим сбор анамнеза и обследование состояния артикуляционного аппарата детей.

Обследование требует детального анализа патологических признаков. При обследовании

речевого развития необходимо учитывать возраст ребенка, степень зрелости организма, состояние внутренних органов, состояние нервной системы.

Имеют значение и условия, в которых выполняется исследование. Дети должны быть спокойны и контактны. Исследование проводится в игровой форме с применением ярких игрушек. С детьми школьного возраста важно установить полный психологический контакт.

Слово «анамнез» происходит от греческого *anamnesis* – воспоминание. Анамнез состоит из двух частей: анамнез жизни и анамнеза болезни. В анамнезе жизни излагается история развития ребенка с момента рождения до момента исследования. При этом важно выяснить, как протекала роды, не было ли желтухи в первые дни после рождения, какие заболевания перенес ребенок в раннем возрасте (инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы и др.) и как эти заболевания отражались на его нервно-психическом развитии.

Тяжелые и длительные роды (или быстрые, стремительные), различные оперативные акушерские вмешательства во время родов могут явиться причиной поражения нервной системы новорожденного или нарушения процессы нервно-психического развития ребенка.

Очень важно выяснить особенности психофизического развития ребенка в раннем возрасте. Следует уточнить, когда ребенок стал держать головку. Ползать, сидеть. Вставить на ножки, самостоятельно стоять, ходить. Особо выясняем, когда появилось гуление, лепет, первые слова, первое предложение, а также когда появилась фразовая речь. Если раннее развитие проходило с задержкой, следует выяснить, обращались ли родители к врачу, как проходило лечение какой эффект наблюдался при лечении. Необходимо также выяснит, как проходило физическое и психическое развитие ребенка в дошкольном и школьном возрасте.

В анамнезе жизни должно быть описание санитарного-гигиенических и социально-бытовых условий, в которых ребенок находился до момента обследования, так как именно эти факторы могут оказывать значительное влияние на формирование нервно-психического склада ребенка. Одним из неблагоприятных социально-бытовых условий является алкоголизм родителей.

Особое значение при сборе анамнеза имеют сведения о ближайших и отдаленных родственниках, а также данные о тех или иных заболеваниях или аномалиях по линии матери или отца. Сбор этих данных имеет большое значение в связи с возросшим в последние десятилетия удельным весом наследственных заболеваний. По данным ВОЗ 3% новорожденных в той или иной степени страдают наследственной патологией. В настоящее время известно около двух тысяч генетически обусловленных заболеваний. Изучение родословной помогает выяснить характер заболевания, дает представление о типе наследованной болезни, облегчает постановку диагноза.

В семейном анамнезе важно отразить состояние здоровья матери. Описать те вредности, которые могли оказать на нее влияние во время беременности. Многие заболевания матери (болезни сердца, легких, эндокринной системы и др) могут осложнить течение беременности и привести к поражению плода. Так, при наличии у матери врожденных пороков сердца с явлениями нарушения кровообращения у плода могут развиваться

врожденные пороки развития мозга.

Анамнез болезни посвящен изложению развития настоящего заболевания от появления его первых признаков до момента обследования. При этом важно выяснить, как и когда появились первые признаки заболевания, в каком порядке и когда выявлялись последующие признаки, как вел себя ребенок, какие изменения обнаруживались в его состоянии. Выявляется наличие обще инфекционных признаков заболевания (повышение температуры, кашель, насморк, воспалительные изменения в анализах крови и крови и др); в анамнезе фиксируются эпидемиологические данные (наличие подобного инфекционного заболевания в семье, в детском саду, в школе). Анамнестические сведения собираются у детей, родителей, родственником или у воспитателей.

Однако необходимо помнить, что дети не всегда правильно оценивают свое состояние и могут упустить важные сведения; кроме того, они легко внушаемы и на настойчивый вопрос могут упустить важные сведения; кроме того, они легко внушаемы и на настойчивый вопрос могут дать ответ в зависимости от тона спрашивающего.

Затем происходит исследование неврологического статуса - функционального состояния нервной системы на момент осмотра.

После сбора анамнеза логопед обследует состояние артикуляционного аппарата. Данные о строении органов артикуляции логопед получает на основе осмотра ротовой полости. Обращается внимание на губы (тонкие, толстые, наличие отвисшей губы); зубы (ровные, кривые, лишние, зубы вне зубного ряда); язык (тонкий, толстый, малоподвижный, длинный); небо (готическое, низкое, нормально); маленький язычок (отсутствие, укороченный, раздвоенный).

Проводится обследование динамической организации движений артикуляционного аппарата. Ребенку предлагается выполнить следующие задания.

1. На динамическую организацию движений кончика языка вне рта:

- тянуть язык к подбородку, затем к носу;
- тянуть язык к подбородку, затем к верхней губе;
- тянуть язык к подбородку, затем произвести движение кончиком языка по верхней губе (имитация облизывания губ);

1.1. Исследование двигательной функции губ. Ребенку предлагается выполнить следующие задание:

- вытянуть губы в «трубочку»;
- воспроизвести «хоботок»;
- широко улыбнуться;
- «округлить» губы;
- воспроизвести «оскал» с закрытым ртом;
- воспроизвести «оскал» с открытым ртом;
- воспроизвести рисунок губ на все гласные звуки.

Задания выполняются по образцу, затем по словесной инструкции

2. Исследование двигательной функции челюсти. Ребенку предлагается выполнить следующие задания:

- раскрыть рот, как при произнесении звука (а);
- полу раскрыть рот;
- сделать движение нижней челюстью в право;
- сделать движение нижней челюстью в лево;
- подвинуть нижнюю челюсть в перед.

Упражнения выполняются по образцу, затем по словесной инструкции.

2.1. Исследование двигательной функции языка. Ребенку предлагается выполнить следующие задания:

- положить широкий язык на нижнюю губу;
- прижать кончик языка к верхней губе;
- потянуть кончик языка к подбородку;
- дотянуться кончиком языка до верхних резцов;
- дотронуться кончиком языка до левого угла рта;
- выгнуть среднюю часть спинки языка;
- выгнуть заднюю часть спинки языка.

Исследование двигательной функции мягкого нёба:

- пропеть гласный (а);
- произнести гласный (а на твердой атаке (аа а);
- произнести гласный (а) на мягкой атаке (ааа);
- произнести гласный (а) на замедленной фазе выдоха (на придыхании).

Оценивается:

- умение производить движения языком вправо и влево (имитация движения маятника).
- на динамическую организацию движений кончика языка внутри рта. Исходное положение – рот широко открыт.
- дотронуться кончиком языка до нижних резцов, затем до верхних;
- дотронуться кончиком языка до нижних резцов, затем до альвеол;

Дотронуться кончиком языка до нижних резцов затем до правой и левой щеки.

3. На динамическую организацию движения языка и челюсти:

- зафиксировать кончик языка у нижних резцов и широко открыть рот;
- зафиксировать кончик языка у нижних резцов в широко позевать;
- дотронуться кончиком языка до верхних десен и широко открыть рот;

- дотронуться кончиком языка до альвеол, широко открыть рот и позевать.
4. На динамическую организацию движений языка и губ:
- зафиксировать кончик языка у нижних резцов, губы при этом принимают различные артикуляционные позы: округляются, как при (а), растягиваются, как при (и), растягиваются и округляются, как при (ы), (э), вытягиваются «трубочкой», как при (о), «хоботком»;
 - зафиксировать кончик языка у верхних резцов, губы при этом принимают перечисленные артикуляционные позы;
- 4.1. Исследование двигательной функции языка. Ребенку предлагается выполнить следующие задания:
- положить широкий язык на нижнюю губу;
 - прижать кончик языка к верхней губе;
 - потянуть кончик языка к подбородку;
 - дотянуться кончиком языка до верхних резцов;
 - дотронуться кончиком языка до правого угла рта;
 - выгнуть среднюю часть спинки языка;
 - выгнуть заднюю часть спинки языка.

В каждой логопедической работе логопед должен особенно внимательно обращать на то что, дети с дизартрии при коррекционной работе занимались игровой форме. Потому что ребёнок в игровой форме хорошо расслабляется и раскрывается. А это помогает при логопедической работе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Архипова Е.Ф. Клинико-педагогическая характеристика детей со стертой формой дизартрии. // Актуальные вопросы теории и практики коррекционной педагогики. – Москва., 1997.
2. Ачилова С.Ж. Дислалия. Дизартрия”. Учебник. Ташкент., 2021.
3. Ачилова С.Ж. Логопедическая работа в специализированных учреждениях с диагнозом дизартрия. Халқ таълими. Ўзбекистон Республикасининг халқ таълими вазирлигининг илмий- методик журнал. Тошкент 2021, 1 сон январ-феврал.