

Доклад

на тему:

*«Диагностика стёртой формы дизартрии.
Отличия от дислалии».*

Подготовила:

учитель-логопед

МБДОУ Д/с №24 «Солнышко»

Алещенко Е.И.

Диагностика стёртой формы дизартрии.

Распространенным речевым нарушением среди детей дошкольного возраста является стертая дизартрия, которая имеет тенденцию к значительному росту. Она часто сочетается с другими речевыми расстройствами (заиканием, общим недоразвитием речи и др.).

Термин «стертая» дизартрия впервые был предложен О.А. Токаревой, которая характеризует проявления «стертой дизартрии» как легкие (стертые) проявления «псевдобульбарной дизартрии», которые отличаются особой трудностью преодоления.

Диагностика стертой формы дизартрии и методика коррекционной работы разработаны пока недостаточно. В работах Г.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 и часто смешивается с ней, однако в основе её лежат специфические по механизму возникновения патологические изменения, преодоление которых вызывает порой значительные трудности. Но об этом чуть позже...

Стертая форма дизартрии чаще всего диагностируется после пяти лет.

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, невропатия и др.); асфиксия новорожденных; стремительные или затяжные роды. Со слов мамы, «ребенок закричал не сразу, ребенка приносили кормить позже, чем всех».

Основные критерии диагностики:

- Наличие слабо выраженных, но специфических артикуляционных нарушений в виде ограничения объёма наиболее тонких и дифференцированных артикуляционных движений, в частности недостаточность загибания кончика языка вверх, а также ассиметричное положение вытянутого вперёд языка, его тремор и беспокойство в этом положении, изменения конфигурации.
- Наличие синкинезий (движение нижней челюсти при движении языка вверх, движения пальцев рук при выполнении артикуляционных упражнений) .
- Замедленный, прерывистый темп артикуляторных движений.
- Трудность удержания артикуляторной позы.

- Трудность в переключении артикуляторных движений.
- Стойкость нарушений произношения звуков и трудность автоматизации поставленных звуков.
- Нарушение просодической стороны речи.

В ряде случаев для диагностики минимальных проявлений дизартрии помогают так называемые функциональные пробы.

Проба №1.

Ребёнка просят открыть рот, высунуть язык вперёд и удерживать его по средней линии неподвижно и одновременно следить глазами за перемещающимся объектом. Проба является положительной и свидетельствует о наличии дизартрии, если в момент движения глаз отмечается некоторое отклонение языка в эту же сторону.

Проба №2.

Ребёнка просят выполнять артикуляционные движения языком, положив при этом руки на его шею. При наиболее тонких дифференцированных движениях языка ощущается напряжение шейной мускулатуры, а иногда и видимое движение с закидыванием головы, что свидетельствует о наличии дизартрии.

При обследовании детей с дизартрией особое внимание обращается на состояние артикуляторной моторики в покое, при мимических и общих движениях, прежде всего артикуляционных. При этом отмечают не только основные характеристики самих движений (их объём, темп, плавность, переключаемость, истощаемость и т. д., но и точность и соразмерность движений, состояние мышечного тонуса в речевой мускулатуре, наличие насильственных движений и оральных синкинезий.

Состояние артикуляторной моторики соотносится с общими моторными возможностями ребёнка, отмечаются даже незначительные двигательные расстройства.

Более наглядную и точную картину проявления стёртой дизартрии дают следующие приёмы обследования:

1. Внимательно изучить положения языка и его поведение в полости рта в состоянии покоя. При этом можно обнаружить, что положение языка постоянно меняется: он то лежит спокойно, то оттягивается внутрь рта, то выгибается кверху, то отклоняется в сторону.

Следовательно, при дизартрии особое внимание уделяется упражнениям для расслабления мышц органов артикуляции. Самомассаж языка.

2. Если предложить ребёнку поднять язык вверх, то можно наблюдать много лишних движений (язык высовывается резко вперёд, становится длинным и узким, прежде чем язык примет нужное положение. Это свидетельствует об изменениях тонуса мышц языка.

3. Качество движений языка легко проверить, предложив ребёнку многократно выполнить следующие упражнения: поднять язык вверх, затем вытянуть вперёд, повернуть его к левому уху и, наконец, к правому. При этом легко обнаружить неточность и недостаточность силы движений языка, а иногда и его вялость. Такие явления обусловлены гиперкинезами языка. Постоянно подвижного, как бы не находящего нужное положения.

При дислалии движения языка являются более качественными. При исправлении дизартрии огромное внимание уделяется самим движениям (объём, темп, плавность, переключаемость) и точности и соразмерности движений.

4. Далее следует проверить язык на утомляемость. Для этой цели можно предложить ребёнку 1-2 мин. показать как кошка лакает молоко, т. е. попросить его производит быстрые движения языком вперёд. Внимательно наблюдая за поведением языка, можно обнаружить замедление темпа движений, их неточность. Это подтверждает дизартрический компонент.

5. Если после таких упражнений попросить ребёнка высунуть язык вперёд. То язык заметно отклонится в сторону и не сможет находиться в спокойном состоянии. Всё это свидетельствует о наличии мышечной и иннервационной недостаточности в органах артикуляции.

6. И ещё, у детей со стертой дизартрией кроме нарушения звукопроизношения отмечаются нарушение голоса и его модуляций, слабость речевого дыхания, выраженные просодические нарушения.

Если ребёнок называет изображённые на картинках предметы и при этом артикуляция многих звуков неточна, как бы смазана, при повторе не исправляется, а после многократного повторения слов наступает заметное утомление, артикуляция становится замедленной, неполной, или для многих звуков характерно боковое произношение, то перечисленные симптомы свидетельствуют не о дислалии, а о стёртой форме дизартрии.

Отличия стёртой дизартрии от дислалии.

Чтобы отграничить стертые формы дизартрии от сложной дислалии, необходимо комплексное медико-педагогическое исследование: анализ медико-педагогической документации, изучение анамнестических данных.

Изучение дифференциальной диагностики стертой формы дизартрии и дислалии представляет интерес для неврологии и логопедии, и требует дальнейшей разработки приемов ранней неврологической и логопедической диагностики, совершенствования методов логопедической работы в доречевом периоде и в первые годы жизни с детьми, имеющими перинатальные поражения мозга, и с детьми группы риска, совершенствования методов коррекционной работы с детьми 5–6 лет, а также усиления взаимосвязи в работе невропатолога и логопеда.

Для рассмотрения вопроса дифференциальной диагностики данных мне показался интересным взгляд Поваляевой М.А.

Дислалия

Дизартрия

- | | |
|--|--|
| 1. У соматически ослабленных детей. Органики нет. | 1. Связана с поражением центральной нервной системы (ц.н.с.) |
| 2. Неврологическая симптоматика отсутствует. | 2. Ярко выражена асимметрия лица, языка, мягкого неба; рот в покое приоткрыт из-за пареза губ, отличается сглаженность носогубных складок. |
| 3. Двигательная сфера без патологии. сухожильные рефлексy живые, моторика. равномерные. | 3. Страдает общая, мелкая и артикуляционная моторика. |
| 4. Страдает только звукопроизношение. Прогноз благоприятный. | 4. Наряду со звукопроизношением страдает просодика. Поставленные звуки автоматизируются с трудом. |
| 5. Голос звонкий, громкий, богат, модулированный. | 5. Голос глухой, слабый, сдавленный, затухающий, прерывистый. |
| 6. Речевая активность повышена | 6. Речевая активность снижена. |
| 7. К своему дефекту критичен. | 7. «У чужого соринку в глазу видит, у себя — бревна не заметит». |
| 8. Вегетативные нарушения проявляются в потливости конечностей, в красномсинюшные, холодные, влажные конечности. | 8. Вегетативные нарушения грубо выражены: в потливости конечностей, в красномсинюшные, холодные, влажные конечности. |

дермографизме кожи.

9. Гигиенические навыки из-за моторных вырабатываются быстро, удерживаются нарушенных вырабатываются с трудом. Неопрятны. стойко. Внешне дети опрятны.

10. Сон спокойный без ночных страхов и 10. Наблюдаются расстройства сна, ночные сновидений. страхи, сновидения.

11. Диафрагмально-речевое дыхание в 11. Дыхание поверхностное, ключичное, норме. диафрагмально-речевое, несформировано

12. В контакт ребенок входит легко. Его 12. Поведение неровное, часты смены настроения. поведение адекватное.

13. Память, внимание, 13. Память снижена, кратковременна. Внимание работоспособность, мыслительныенеустойчивое, низкая работоспособность. процессы, интеллект — в норме, редкоИнтеллект снижен, чаще задержка психического наблюдается задержка психического развития (з.п.р.), возможна олигофрения в степени развития (з.п.р.). дебильности.

14. Дети активны, подвижны, 14. Медлительны или расторможены, уклоняются занимаются охотно, без особого трудаот занятий, жалуются на головную боль, с трудом переключаются с одного видапереключаются с одного вида работы на другой деятельности на другой

Выводы:

1. Целым рядом наблюдений было установлено, что дети, страдающие неясной, непонятной, на первый взгляд как бы имеют тождественные дефекты. Однако глубокое изучение позволило выделить среди этих детей две группы (дизартрии и дислалии), имеющие совершенно различную природу речевого дефекта.

2. Более детальное обследование необходимо при дизартрии, т.к. этот вид расстройства звукопроизношения обусловлен не только нарушением артикуляционной моторики, но и нарушением других компонентов речи. А двигательные расстройства артикуляционного аппарата более грубые и тяжелые по сравнению с дислалией. При дислалии грубых нарушений артикуляционного аппарата нет, а в ряде случаев артикуляционные нарушения отсутствуют вообще.

3. При дизартриях (за исключением стертых форм) выступает неврологическая симптоматика. Дети со стертой формой дизартрии напоминают дислаликов. Однако при обследовании обнаруживаются неблагоприятные факторы в анамнезе, органическая микросимптоматика в неврологическом статусе, а также затруднения

при проведении логопедических мероприятий. Если при дислалии речевой дефект связан с неправильным произношением отдельных звуков или групп, то при дизартриях страдает не только звукопроизношение, но и голос, темп, плавность, модуляция, дыхание и т.д.

4. Случаи расстройства звукопроизношения, сочетающиеся с нарушением голоса и дыхания, нельзя рассматривать как сложную дислалию или задержку речевого развития. В этих случаях правильным является заключение: стертая форма дизартрии, при которой необходимо вести специальную комплексную коррекционную работу, сочетающуюся с массажем, ЛФК, специальной артикуляционной гимнастикой, направленной на развитие и укрепление артикуляционной мускулатуры, массажем артикуляционного аппарата.

5. Обобщив выводы всех авторов, которые занимались изучением вопросов, посвященных дизартрии и дислалии, отметим, что стертая дизартрия по своим проявлениям очень близка к сложной дислалии. Это хорошо иллюстрирует таблица (см.выше).