

 **Дизартрия**

* ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИЗАРТРИИ:

* **ДИЗАРТРИЯ** (от греч. dys - приставка, означающая расстройство, arthroo - членораздельно произношу) - это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата.



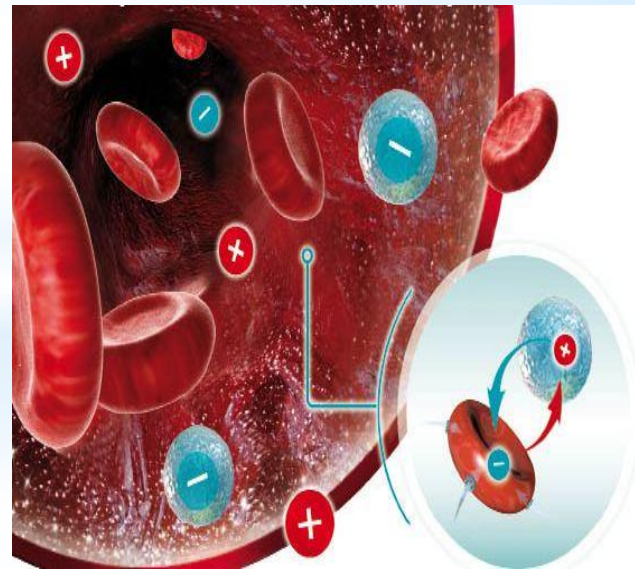
*** ПРИЧИНЫ
ДИЗАРТРИИ:**

Дизартрия является симптомом тяжёлого мозгового поражения или недоразвития бульбарного или псевдобульбарного характера, которые могут затрагивать целый ряд мозговых систем: корково-бульбарную (или пирамидную), мозжечковую, ретикулярную формацию, корковую прецентральную и постцентральную речедвигательные зоны.

Дизартрия нередко наблюдается у детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП). По данным Е. М. Мастюковой, дизартрия при ДЦП проявляется в 65-85% случаев.

Конкретные причины, приводящие к поражению мозга, могут действовать в различные периоды: пренатальный (основной), натальный и постнатальный.

Наиболее частыми причинами, вызывающими внутриутробное поражение головного мозга, являются: заболевания матери во время беременности (вирусные, инфекционные); у матери сердечно-сосудистая и почечная недостаточность; несовпадение матери и плода по резус-фактору и групповой принадлежности.



Психические и физические травмы во время беременности; повышенная доза радиоактивности во время беременности; влияние никотина, алкоголя и наркотиков;. Влияние этих причин особенно опасно в первые три месяца беременности.



Натальный период (вторичные факторы, усугубляющие):

черепно-мозговые травмы во время родов; кровоизлияние в мозг в результате резкой смены давления (при стремительных родах, при кесаревом сечении); асфиксия новорожденного.

Постнатальный период:

менингиты, менингоэнцефалиты, черепно-мозговые травмы в ранний период развития ребёнка.

Важно отметить, что неблагополучие пренатального периода часто влечёт за собой неблагополучие натального и постнатального периодов.



***Классификации
дизартрии**

Принципы, лежащие в основе:

- * Принцип локализации
- * Синдромологический подход
- * Степень понятности речи для окружающих

**О.В. Правдина и др.
Учет неврологического подхода на основе
уровня локализации поражения
двигательного аппарата речи**

Бульбарная

Псевдобульбарная

Экстрапирамидная (подкорковая)

Мозжечковая

Корковая

* Бульбарная дизартрия

представляет собой симптомокомплекс речедвигательных расстройств, развивающихся в результате поражения ядер, корешков или периферических отделов VII, IX, X и XII черепно-мозговых нервов.

* Бульбарная дизартрия

При бульбарной дизартрии имеет место периферический парез речевой мускулатуры.

В детской практике наибольшее значение имеют односторонние избирательные поражения лицевого нерва при вирусных заболеваниях или при воспалениях среднего уха. В этих случаях развиваются вялые параличи мышц губ, одной щеки, что приводит к нарушениям и нечеткости артикуляции губных звуков.

* Псевдобульбарная дизартрия

возникает при двустороннем поражении движений корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола.

Различают **СПАСТИЧЕСКУЮ** форму псевдобульбарной дизартрии и **ПАРЕТИЧЕСКУЮ**.

При обеих формах отмечается ограничение активных движений мышц артикуляционного аппарата, в тяжелых случаях — почти полное их отсутствие.

* Псевдобульбарная дизартрия

При псевдобульбарной дизартрии определяются характерные нарушения звукопроизношения - избирательные трудности в произношении наиболее сложных и дифференцированных по артикуляционным укладам звуков Р, Л, Ш, Ж, Ц, Ч.

* Псевдобульбарная дизартрия

При спастической форме отмечается озвончение глухих согласных звуков, появляется носовой оттенок при произношении гласных, особенно заднего ряда (О, У) и твердых сонорных (Р, Л), твердых шумных (З, Ш, Ж) и аффрикаты Ц.

* Псевдобульбарная дизартрия

При паретической форме страдает произношение смычных губных звуков, требующих достаточных мышечных усилий, особенно двугубных (П, Б, М), язычно-альвеолярных, а также нередко и ряда гласных звуков, особенно тех, которые требуют подъема спинки языка вверх (И, Ы, У). Речь медленная, затухающая, выражены слюнотечение, гипомимия, амимия лица.

Экстрапирамидная дизартрия

обусловлена поражением таких ядер, как хвостатое, чечевичное (скорлупа и бледный шар), таламус, субталамические, красное, черная субстанция, а также нарушение их связей с другими структурами мозга.

ОСОБЕННОСТЬ: является отсутствие стабильных и однотипных нарушений звукопроизношения, а также большая сложность в автоматизации звуков.

Экстрапирамидная дизартрия

характеризуется расстройством локомоции, мышечного тонуса и тонической позной активности, врожденных автоматизмов, появляются гипо- и гиперкинезы.

Симптоматика:

- расстройство темпа речи, то его ускорение, то замедление;
- внезапные и постепенно развивающиеся остановки речевой продукции;
- разнообразные стереотипии и персеверации (отдельных звуков, слогов в слове).

Экстрапирамидная дизартрия

- изменения мышечного тонуса в речевой мускулатуре;
- наличие насильственных движений;
 - нарушение эмоционально-двигательной иннервации;
- резко нарушены просодическая сторона речи, интонационно-мелодическая структура, темп;
 - речь монотонна, однообразна, немодулированная, затухание голоса переходящее в неясное бормотание.

* Мозжечковая дизартрия

Имеет место поражение мозжечка и его связей с другими отделами центральной нервной системы, а также лобно-мозжечковых путей.

Мозжечок управляет, регулирует тонус мышц, и при его поражении наступает диссимметрия, выражающаяся в неправильном сокращении мускулатуры голосового аппарата. При этом нарушается плавность, громкость, темп речи.

Речь приобретает форму скандирования.

* Мозжечковая дизартрия

Речь при мозжечковой дизартрии замедленная, толчкообразная, скандированная, с нарушенной модуляцией ударений, затуханием голоса к концу фразы.

* Мозжечковая дизартрия

Отмечается пониженный тонус в мышцах языка и губ, язык тонкий, распластаный в полости рта, подвижность его ограничена, темп движений замедлен, отмечается трудность удержания артикуляционных укладов и слабость их ощущений, мягкое нёбо провисает, жевание ослаблено, мимика вялая.

* Мозжечковая дизартрия

Движения языка неточные, с проявлениями гипер- или гипометрии (избыточности или недостаточности объема движения). При более тонких целенаправленных движениях отмечается мелкое дрожание языка. Выражена назализация большинства звуков.

* Корковая дизартрия

Существование этой формы признается не всеми авторами.

Представляет собой группу моторных расстройств разного патогенеза, связанных с очаговым поражением коры головного мозга.

Первый вариант обусловлен односторонним или чаще двусторонним поражением нижнего отдела передней центральной извилины. При этом варианте нарушается произношение переднеязычных звуков, в первую очередь Ш, Ж, Р.

* Корковая дизартрия

Второй вариант связан с недостаточностью кинестетического праксиса, что наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного полушария мозга в нижних постцентральных отделах коры. При этом варианте страдает произношение согласных звуков, особенно шипящих и аффрикатов.

* Корковая дизартрия

Третий вариант связан с недостаточностью динамического кинетического праксиса, это наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного полушария в нижних отделах премоторных областей коры. При данном варианте затруднено произнесение сложных аффрикатов Ц и Ч, характерны пропуски звуков в стечениях согласных. Речь напряженная, замедленная.

При втором и третьем вариантах корковой дизартрии особенно затруднена автоматизация звуков.

* Синдромологический ПОДХОД

На основе синдромологического подхода выделяют следующие формы дизартрии применительно к детям с церебральным параличом:

- спастико-паретическую,
- спастико-ригидную,
- спастико-гиперкинетическую,
- спастико-атактическую,
- атактико-гиперкинетическую.

(автор И. И. Панченко, 1979). Такой подход частично обусловлен более распространенным поражением мозга у детей с церебральным параличом и в связи с этим преобладанием осложненных ее форм.

*Классификация Тардье

Классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом. G. Tardier (1968) применительно к детям с церебральным параличом. Автор выделяет четыре степени тяжести речевых нарушений у таких детей.

*Первая, самая легкая степень, когда нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка.

*Вторая - нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих.

- *Третья - речь понятна только близким ребенка и частично для окружающих.
- *Четвертая, самая тяжелая - отсутствие речи или речь почти непонятна даже близким ребенка (анартрия).

* Характерные симптомы дизартрии

Основными признаками дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной моторики и речевого дыхания.

В зависимости от типа нарушений все дефекты звукопроизношения при дизартрии делятся на антропофонические (искажение звука) и фонологические (отсутствие звука, замена, недифференцированное произношение, смешение).

* Характерные симптомы дизартрии

Для всех форм дизартрии характерны нарушения артикуляционной моторики, которые проявляются рядом признаков. Нарушения мышечного тонуса, характер которых зависит прежде всего от локализации поражения мозга. Выделяют следующие его формы в артикуляционной мускулатуре:

✓ спастичность артикуляционных мышц- постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, в лицевой и шейной мускулатуре. При повышении мышечного тонуса язык напряжен, оттянут кзади, спинка его изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен.

Особенностью артикуляции при спастичности мышц языка является палатализация, что может способствовать фонематическому недоразвитию. Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта. Активные движения при этом ограничены.

✓ гипотония. При гипотонии язык тонкий, распластаный в полости рта, губы вялые, отсутствует возможность их полного смыкания. В силу этого рот обычно полуоткрыт, выражена гиперсаливация. Особенностью артикуляции является назализация. Нарушается произношение губно-губных смычных шумных согласных.

✓ дистония. В покое отмечается низкий мышечный тонус в артикуляционном аппарате, при попытках речи он резко нарастает. Характерной особенностью этих нарушений является их динамичность, непостоянство искажения, замен и пропусков звуков.

Нарушения артикуляционной моторики при дизартрии является результатом ограничения подвижности артикуляционных мышц, которое усиливает нарушениями мышечного тонуса, наличием непроизвольных движений (гиперкинезов, тремора) и дискоординационными расстройствами.

При недостаточной подвижности мышц нарушается звукопроизношение. Парезы мышц лицевой мускулатуры, часто наблюдаемые при дизартрии, также влияют на звукопроизношение.

Характерным признаком нарушений артикуляционной моторики при дизартрии являются дискоординационные расстройства. Они проявляются в нарушении точности и соразмерности артикуляционных движений. Так, при отсутствии выраженных парезов в артикуляционной мускулатуре произвольные движения выполняются неточно и несоразмерно, часто с гиперметрией (чрезмерной двигательной амплитудой).

Наличие насильственных движений и оральных синкинезий в артикуляционной мускулатуре - частый признак дизартрии. Они искажают звукопроизношение, делая речь малопонятной, а в тяжелых случаях - почти невозможной; обычно усиливаются при волнении, эмоциональном напряжении, поэтому нарушения звукопроизношения различны в зависимости от ситуации речевого общения.

При этом отмечаются подергивания языка, губ, иногда в сочетании с гримасами лица, мелкое дрожание языка, в тяжелых случаях - непроизвольное открывание рта, выбрасывание языка вперед, насильственная улыбка.

Насильственные движения отмечаются и в покое, и в статических артикуляционных позах (например, при удержании языка по средней линии), усиливаясь при произвольных движениях или попытках к ним. Этим они отличаются от синкинезий - непроизвольных сопутствующих движений, которые возникают только при произвольных движениях.

Характерным признаком дизартрии является нарушение проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата. Дети слабо ощущают положение языка, губ, направление их движений, они затрудняются по подражанию воспроизвести и сохранить артикуляционный уклад, что задерживает развитие артикуляционного праксиса.

Частым признаком дизартрии является недостаточность артикуляционного праксиса (диспраксия). На основе работ А.Р. Лурии выделяют два типа диспраксических расстройств: кинестетический и кинетический.

При кинестетическом отмечаются трудности и недостаточность в развитии обобщений артикуляционных укладов, главным образом согласных звуков. Нарушения непостоянны, замены звуков неоднозначны.

При кинетическом типе отмечается недостаточность временной организации артикуляционных укладов. При этом нарушается произношение как гласных, так и согласных звуков.

При дизартрии могут выявляться рефлексы орального автоматизма в виде сохранившихся сосательного, хоботкового, поискового, ладонно-головного и других рефлексов, характерных в норме для детей раннего возраста. Их наличие затрудняет произвольные ротовые движения.

Нарушения артикуляционной моторики, сочетаясь между собой, составляют важный синдром дизартрии - синдром артикуляционных расстройств.

При дизартрии за счет нарушения иннервации дыхательной мускулатуры нарушается речевое дыхание. Это еще один синдром дизартрии - нарушение речевого дыхания.

Следующей характерной особенностью дизартрии является нарушение голоса и мелодико-интонационные расстройства. Наиболее часто они характеризуются недостаточной силой голоса, нарушением тембра голоса, слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций.

При дизартрии наряду с речевыми выделяют и неречевые нарушения. Это проявления бульбарного и псевдобульбарного синдромов в виде расстройства сосания, глотания, жевания, физиологического дыхания в сочетании с нарушениями общей моторики пальцев рук.

* Характерные нарушения произношения

Все дефекты звукопроизношения делятся на :

- * Антропофонические (искажение звука)
- * Фонологические (отсутствие звука, замена, недифференцированное произношение, смещение)

При фонологических дефектах наблюдается недостаточность противопоставлений звуков по их акустическим и артикуляторным характеристикам.

* Нарушение мышечного тонуса:

- * При повышенном мышечном тонусе особенностью артикуляции является *палатализация* (смягчение согласных).
Так произносятся слова *пыл* и *пыль* ребенок может затрудняться в дифференцировке их значений.
- * При гипотонии особенностью артикуляции является *назализация*.
 - -нарушается произношение губно-губных смычных шумных согласных П, П', Б, Б'.
 - -нарушено произношение переднеязычных смычных согласных Т, Т' , Д, Д' .
 - -нарушено произношение переднеязычных щелевых согласных Ш, Ж.

Нередко наблюдаются различные виды сигматизма, чаще межзубный и боковой.

При *дистонии* (меняющийся характер мышечного тонуса) характерной особенностью нарушений является динамичность, непостоянство искажений, замен и пропусков звуков.

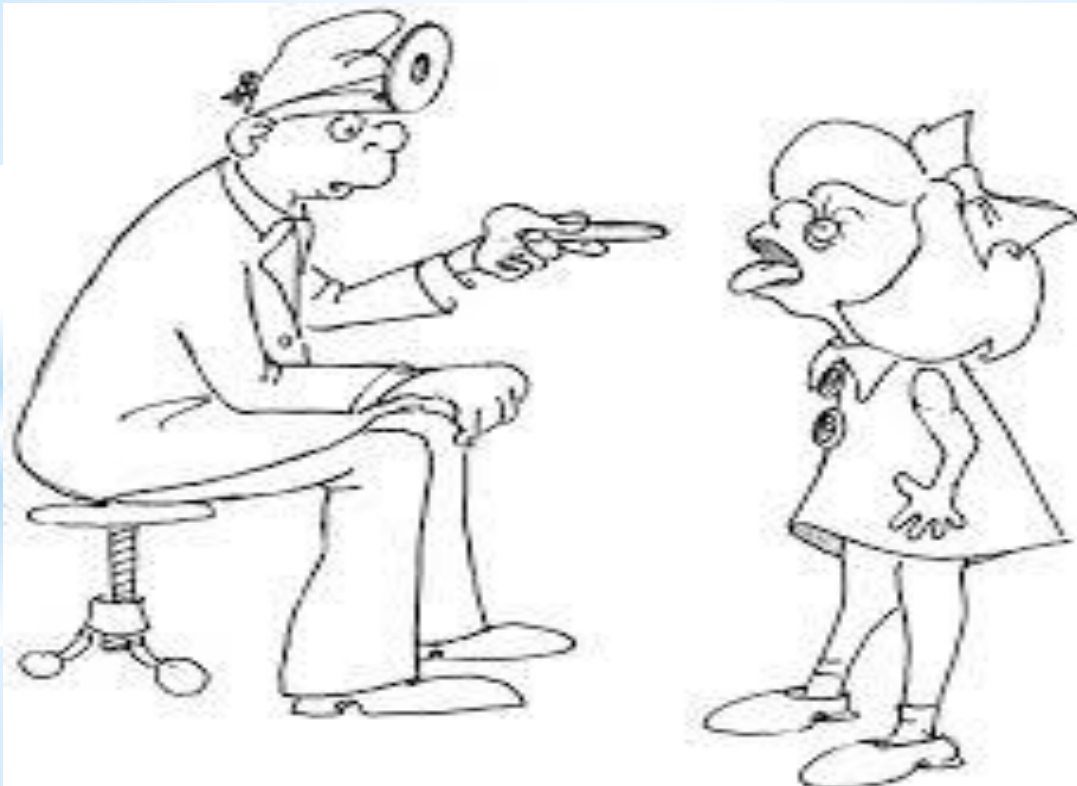
При поражении мышц губ страдает произношение

- лабиализованных звуков (О, У);
- губно-губных смычных звуков (П, П', Б, Б', М, М')



При поражении мышц языка нарушается:

- произношение шипящих и свистящих звуков и гласных переднего ряда (И, Э);
- произношение заднеязычных звуков (Г, К, Х);
- произношение гласных среднего и нижнего подъема (Э, О, А)



* Степени выраженности дизартрии.

Степень выраженности дизартрического нарушения речи зависит от тяжести и характера поражения центральной нервной системы.

Условно выделяют 3 степени выраженности дизартрии:

- * легкую;
- * среднюю;
- * тяжелую.



* Легкая степень

Легкая степень выраженности дизартрии характеризуется незначительными нарушениями (речевой и неречевой симптоматикой) в структуре дефекта.

При легкой степени дизартрии общая разборчивость речи может быть не нарушена, но звукопроизношение несколько смазанное, нечеткое. Искажения наблюдаются чаще всего при произнесении свистящих, шипящих и/или сонорных звуков. При произнесении гласных самые большие затруднения вызывают звуки [и] и [у]. Нередко оглушаются звонкие согласные звуки. Иногда изолированно ребенок все звуки может произносить правильно, но при увеличении речевой нагрузки отмечается общая смазанность звукопроизношения.

* Легкая степень.

Также наблюдаются недостатки речевого дыхания (учащенное, неглубокое), голоса (тихий, глуховатый) и просодики (маломодулированность).

При легкой степени дизартрии у детей отмечаются нерезко выраженные нарушения тонуса мышц языка, иногда губ и незначительное снижение объема и амплитуды их артикуляционных движений. При этом нарушены наиболее тонкие и дифференцированные движения языка (прежде всего – подъем вверх).

Неречевая симптоматика также может проявляться в виде легкой саливации, затруднения жевания твердой пищи, редких поперхиваниях при глотании, повышении глоточного рефлекса.

* Средняя степень

При *средней* (умеренно выраженной) степени *дизартрии* нарушена *общая разборчивость речи*, она становится *невнятной*, иногда даже *малопонятной для окружающих*. У детей отмечается общая смазанность звукопроизношения (многочисленные выраженные искажения во многих фонетических группах). Нередко звуки в конце слова и в стечении согласных опускаются. *Нарушения глубины и ритма дыхания* обычно сочетаются с расстройствами *силы* (тихий, слабый, иссякающий) и *тембра* голоса (глухой, назализованный, напряженный, сдавленный, прерывистый, хриплый). Отсутствие голосовых модуляций делает голос немодулированным, а речь детей *монотонной*.

* Средняя степень

У детей выражены нарушения *тонуса язычной, губной и лицевой мускулатуры*. Лицо гипомимичное, артикуляционные движения языка и губ замедлены, строго ограничены, неточные (не только верхний подъем языка, но и его боковые отведения). Значительные трудности представляют удержание языка в определенном положении и переключение от одного движения к другому. Для детей со средней степенью дизартрии характерна *гиперсаливация, нарушения акта приема пищи* (затруднение или отсутствие жевания, пережевывания и захлебывания при глотании), *синкинезии, повышение рвотного рефлекса*.

* Тяжелая степень

Анартрия — это полное или почти полное отсутствие звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц. Анартрия возникает при тяжелом поражении центральной нервной системы, когда моторная реализация речи становится невозможной.

* Тяжелая степень.

У большинства детей с анартрией главным образом проявляются *расстройства управления речевыми артикуляциями* (артикуляционного, фонаторного, дыхательного отдела), а не только исполнение. Кроме патологии центральных исполнительных систем речевой деятельности, *нарушено формирование динамического артикуляционного праксиса*. Отмечается расстройство произвольного управления речевым аппаратом.

* Тяжелая степень.

Нарушения произносительных способностей при анартрии обусловлены ярко выраженными центральными речедвигательными синдромами:

- * спастическим парезом в очень тяжелой степени;
- * тоническими нарушениями управления артикуляционными движениями;
- * гиперкинезами;
- * атаксией и апраксией.

* Тяжелая степень.

Апраксия охватывает все отделы речевого аппарата: дыхательный, фонаторный, губно-нёбно-язычный. Апраксические расстройства проявляются неумением ребенка произвольно оформить гласные и согласные звуки, слитно произносить слог из имеющихся звуков или слово из имеющихся слогов.

Анартрия характеризуется глубоким поражением артикуляционных мышц и полной бездеятельностью речевого аппарата. Лицо амимичное, маскообразное; язык неподвижен, движения губ резко ограничены. Жевание твердой пищи практически отсутствует; выражены захлебывания при глотании, гиперсаливация.

По тяжести проявлений анартрия может быть различной (И.И. Панченко):

- а) полное отсутствие речи (звукопроизношения) и голоса;
- б) наличие только голосовых реакций;
- в) наличие звукослоговой активности.



В зависимости от сочетания речедвигательного расстройства с нарушениями различных компонентов речевой функциональной системы можно выделить несколько групп детей с дизартрией.

- * 1. Дети с *чисто фонетическими нарушениями*. У них страдает звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика и артикуляционная моторика. При этом не наблюдается нарушений фонематического восприятия и лексико-грамматического строя речи.

* 2. Дети с **фонетико-фонематическим недоразвитием**. У них нарушается не только произносительная сторона речи (звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика), но и фонематические процессы (трудности звукового анализа и синтеза). При этом лексико-грамматических недостатков речи не наблюдается.

* 3. Дети с *общим недоразвитием речи*. У детей этой группы нарушены все компоненты речи — как произносительная сторона речи, так и лексическое, грамматическое и фонематическое развитие. Отмечаются ограничения словарного запаса: дети пользуются обиходными словами, часто употребляют слова в неточном значении, подменяя смежными по сходству, по ситуации, по звуковому составу. Для детей-дизартриков нередко характерно недостаточное овладение грамматическими формами языка. В их речи часто опускаются предлоги, недоговариваются окончания или неправильно употребляются, не усваиваются падежные окончания, категории числа; имеются затруднения в согласовании, управлении.

Степень выраженности (тяжести) дизартрии не зависит от количества нарушенных компонентов речевой функциональной системы. Например, при стертой (легкой степени) дизартрии могут быть нарушены все компоненты речи (фонетический, фонематический и лексико-грамматический строй), а при дизартрии средней и тяжелой степени может быть нарушен только фонетический строй речи.

* Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика
дизартрии проводится в двух
направлениях: отграничение дизартрии от
дислалии и от алалии.

* Отграничение от дислалии проводится на основании выделения трех ведущих синдромов (синдромы артикуляторных, дыхательных и голосовых расстройств), наличия не только нарушения звукопроизношения, но и расстройств просодической стороны речи, специфических нарушений звукопроизношения с трудностью автоматизации большинства звуков, а также с учетом данных неврологического обследования (наличие признаков органического поражения ЦНС) и особенностей анамнеза (указания на наличие перинатальной патологии, особенности доречевого развития, крика, голосовых реакций, сосания, глотания, жевания и т. д.).

* Отграничение от алалии проводится на основе отсутствия первичных нарушений языковых операций, что проявляется в особенностях развития лексико-грамматической стороны речи.

* Методика логопедического воздействия при дизартрии

Базируется на:

- ✓ знании структуры речевого дефекта при различных формах дизартрии
- ✓ знании механизмов нарушений общей и артикуляционной моторики
- ✓ учете индивидуальных особенностей ребенка

Система логопедического воздействия носит комплексный характер:

- ✓ коррекция звукопроизношения + формирование звукового анализа и синтеза + развитие лексико-грамматической стороны речи + развитие связного высказывания
- ✓ дифференцированный артикуляционный массаж + гимнастика
- ✓ логопедическая ритмика
- ✓ ЛФК + физиотерапия
- ✓ медикаментозное лечение

* Подготовительный этап коррекционной работы (1-ый этап)

Основные цели:

- ❖ подготовка артикуляционного аппарата
- ❖ воспитание потребности в речевом общении
- ❖ развитие и уточнение пассивного словаря
- ❖ коррекция дыхания и голоса
- ❖ развитие сенсорных функций (слуховое восприятие, звуковой анализ)

Если у ребенка отсутствует речь:

- ❖ стимуляция начальных голосовых реакций
- ❖ вызывание звукоподражаний
- ❖ медикаментозное лечение + ЛФК + физиотерапия + массаж

* Этап формирования первичных коммуникативных произносительных навыков (2-ой этап)

Цели:

- ❖ развитие речевого общения и звукового анализа
- ❖ коррекция артикуляционных нарушений

При спастичности:

1. расслабление мышц артикуляционного аппарата,
 2. выработка контроля над положением рта,
 3. развитие артикуляционных движений,
 4. развитие голоса.
- ❖ коррекция речевого дыхания
 - ❖ развитие артикуляционного праксиса



Развитие голоса:

- упражнения на координацию деятельности дыхания, фонации и артикуляции

Перед голосовой работой необходимо сделать:

❖ артикуляционную гимнастику

❖ массаж

❖ расслабление шейной мускулатуры

❖ специальные упражнения (вращение головы)

- произнесение цепочек гласных: ИЭО, ИЭОУАЫ ...

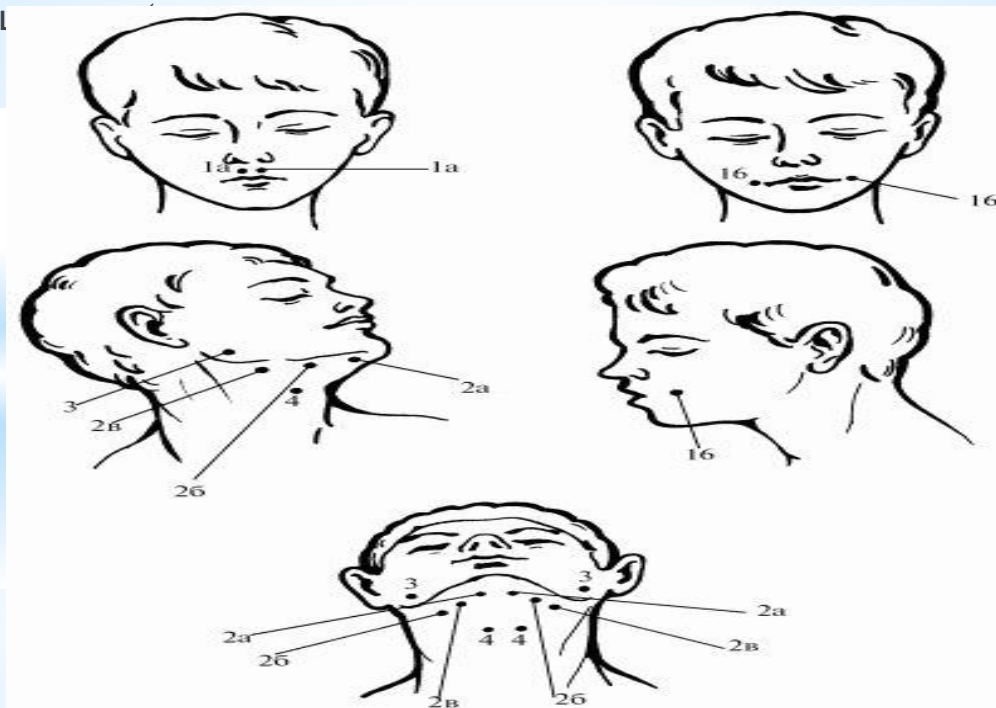
- произнесение сочетаний звуков: ДОН - ДОН, КАР - КАР, АВ - АВ.

- упражнение «Алфавит»



* Работа по расслаблению мышц речевого аппарата:

- ❖ мышечное расслабление шейной, грудной мускулатуры, мышц рук
- ❖ расслабляющий массаж лица (от середины лба к вискам кончиками пальцев в медленном темпе) - дозированно, на те области, где есть повышенный тонус
- ❖ пассивно-активные движения (захват и удержание палочек, леденцов, питье через соломинку)
- ❖ тренировка мышц (нижней челюсти)



* Коррекция речевого дыхания:

общие дыхательные упражнения для увеличения объема легких и нормализации ритма

- ❖ развитие ротового выдоха
- ❖ упражнения на дыхание с сопротивлением (рука на грудной клетке)
- ❖ задержка вдоха - медленный продолжительный выдох

Упражнения проводят ежедневно по 5-10 минут

Развитие артикуляционного праксиса((от греч. praxis - действие) – способность выполнять последовательные комплексы движений и совершать целенаправленные действия по выработанному плану)

- ❖ потряхивания верхней и нижней губы
- ❖ опускание и поднятие нижней челюсти
- ❖ губы пассивно сомкнуты: дуть через губы и раздвигать их
- ❖ язык помещается и удерживается между зубами

* Коррекция звукопроизношения:

❖ требуются контроль зрения, тактильно вибрационный контроль, помощь логопеда в производстве движений

❖ сначала добиваются приближенного произношения звуков

1-я группа звуков для постановки: А, П, У, М, К, Ы, Н, Х, В, О, Т, С, Л
дифференциация в этой группе осуществляется следующим образом:

- ротовые - носовые звуки (М, Н)

- внутри группы носовых М - Н

- внутри группы взрывных К - Х

- гласные А, О, У, Ы

- взрывные - фрикативные Т - С

2-я группа звуков: шипящие, аффрикаты, Р
дифференциация в этой группе:

- звуки С - З

- звуки Ш - Ж

- звуки Ц - Ч

- звуки Ч - Щ

- звуки Ч -ТЬ

- йотированные

На этом этапе добиваются четкого произнесения звуков



* Упражнения для развития моторики:

- ❖ Пальчиковые упражнения
- ❖ лепка
- ❖ работа с мозаикой
- ❖ работа со строительным материалом
- ❖ рисование, раскрашивание, штриховка (сначала мягким карандашом)

Для упражнений с детьми-дизартриками используются специальные приспособления:

- ❖ эластичный резиновый жгут под челюстью (для укрепления мышц)
- ❖ полотно для захвата двумя-тремя



* Список используемой литературы

1. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М.: Астрель, 2008.
2. Беккер К.-П., Совак М. Логопедия: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1981. – 288 с.
3. Логопедия: Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических высш. учеб. заведений" под ред. Л.С. Волковой.
4. Логопедия. / Под ред. К.П. Беккер, М. Совак. - М.: Просвещение, 1983.
5. Правдина-Винарская Е.Н. Современное состояние проблемы дизартрии. - М.: Просвещение, 1973.
6. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Волковой Л.С., Селиверстова В.И. - М.: Владос, 1997.

Спасибо за внимание!

