

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ЛЕНИНГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени А.С. ПУШКИНА

Факультет специального (дефектологического) образования

Кафедра логопедии

Дисциплина: «Логопедия»

Фонетико-фонематическое недоразвитие



К.п.н., доцент Морозова В.В.
morozova_asp@mail.ru





Клинико-педагогическая классификация

В основе лежит этиопатогенетический принцип.

Автор: Адольф Куссмауль

I Расстройство фонетико-фонематической системы (далее – ФФС)

- 1) Дислалия – расстройство ФФС, обусловленное функциональными причинами или нарушениями строения артикуляционного аппарата.
- 2) Ринопалия – расстройство ФФС, включающее неправильное резонирование носовой полости, обусловленное функциональными или органическими причинами.
- 3) Дизартрия – нарушение ФФС, обусловленное органическими поражениями двигательных отделов ЦНС.

II Системные расстройства речи

- 1) Алалия – недоразвитие речи, обусловленное органическим поражением корковых отделов ЦНС.
- 2) Афазия – распад лингвистической системы речи в следствии органического поражения корковых отделов ЦНС.

Клинико-педагогическая классификация

III Нарушения письменной речи

- 1) Дислексия – нарушение чтения, обусловленное незрелостью корковых функция или органическим поражением ЦНС.
- 2) Алексия – тотальное нарушение чтения, обусловленное незрелостью корковых функция или органическим поражением ЦНС.
- 3) Дисграфия - нарушение письма, обусловленное незрелостью корковых функция или органическим поражением ЦНС.
- 4) Аграфия – тотальное нарушение письма, обусловленное незрелостью корковых функция или органическим поражением ЦНС.

IV Нарушение темпа, ритма, плавности речи

- 1) Тахилалия – чрезмерно ускоренная речь без нарушений звуко-слоговой структуры, обусловленная органическим или функциональным расстройством ЦНС.
- 2) Брадилалия, патологически замедленная речь, обусловленная органическим или функциональным расстройством ЦНС.



Клинико-педагогическая классификация

3) Заикание – расстройство темпа, ритма, плавности речи судорожного характера, обусловленная органическим или функциональным расстройством ЦНС.

4) Полтерн (клаттеринг) - расстройство темпа, ритма, плавности речи НЕ судорожного характера, обусловленная органическим или функциональным расстройством ЦНС.

5) Баттаризм – чрезмерно ускоренная речь с нарушением звуко-слоговой структуры, обусловленное органическим поражением двигательных отделов ЦНС.

V Нарушения голоса – дисфония /афония

Дислалия

-это расстройство фонетико-фонематической системы или ее недоразвитие, обусловленное функциональными причинами или отклонениями в анатомическом строении периферического речевого аппарата.

Описана М.Е. Хватцевым, В.К. Орфинской, Т.В. Александровой, Л. Г. Парамоновой.

Распространенность:

М.Е. Хватцев, 1945 год – 17% детей имели нарушения звукопроизношения.

Т.В. Александрова - у детей 5-9 лет нарушения произношения свистящих звуков встречается в 20-22% случаев; шипящих – в 24%; вибрантов – в 26%; боковых – в 10%, заднеязычных и йотированных – в 1-1,5% случаев.

Л.Г.Парамонова, 2000 год – 52,5% детей имеют нарушения звукопроизношения. У 10,3% детей 3-4 лет дислалия обусловлена отклонением в строении артикуляционного аппарата.



Этиология дислалии

Причины механической дислалии

В основе лежат органические дефекты периферического артикуляционного аппарата (языка, губ, зубов, челюстей и пр.). Могут иметь врожденный характер либо возникать вследствие заболеваний и травм.

Патология размера рта: микростомия, макростомия.

Патология строения губ: хейлоскиз, прохейлия.

Патология прикуса: прогнатия, прогения, прямой, открытый (передний, боковой), глубокий, перекрестный, сужение челюстей, микрогения, микрогнотия.

Патология расположения зубов: диастема, тремы, расположение вне челюстной дуги и пр.

Патология неба: высокое узкое (готическое) или низкое плоское верхнее нёбо.

Следует отметить, что нарушения произношения, связанные с такими органическими дефектами речевого аппарата, как расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба(палатоскиз), относятся не к дислалии, а к ринопалии.

Патология языка: короткая подъязычная складка, макроглоссия, микроглоссия.

Этиология дислалии

Причины функциональной дислалии

При функциональной дислалии строение артикуляционного аппарата не изменено, т. е. отсутствует органическая основа для нарушения звукопроизношения.

В этом случае причинами дислалии выступают неблагоприятные социальные или биологические факторы.

Социальные факторы: подражание детей неправильной речи взрослых (торопливой, диалектной), подражание взрослых детскому лепету («сюсюканье»), случаи билингвизма в семье, педагогическая запущенность.

Биологические факторы: общая физическая ослабленность у часто болеющих детей, минимальная мозговая дисфункция (ММД), способствующая запаздыванию речевого развития, несформированности фонематического слуха, речевых укладов и их переключений.

Классификация дислалии

С учетом причин выделяют механическую (органическую) и функциональную дислалию.

Механическая дислалия связана с дефектами анатомического строения артикуляционного аппарата.

Функциональная дислалия обусловлена социальными факторами либо обратимыми нейродинамическими нарушениями в коре головного мозга.

Функциональная дислалия, в свою очередь, подразделяется на:

- **моторную** (обусловленную нейродинамическими сдвигами в центральных отделах речедвигательного анализатора). При этом движения губ и языка становятся неточными и недифференцированными, что обуславливает их искажение (фонетический дефект).
- **сенсорную** (обусловленную нейродинамическими сдвигами в центральных отделах речеслухового анализатора). Затрудняется слуховая дифференциация акустически сходных фонем (твердых и мягких, глухих и звонких, шипящих и свистящих), что сопровождается смешением и заменами звуков в устной речи (фонематический дефект).
- **сенсомоторную**. В случае одновременного наличия сенсорной и моторной недостаточности говорят о сенсомоторной форме дислалии.

Классификация дислалии

Б.М. Гриншпун в зависимости от несформированности тех или иных признаков звуков (акустических или артикуляторных) и характера дефекта (фонетического или фонематического) выделял следующие формы **ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ** дислалии:

- акустико-фонематическую — обусловленную недостатками фонематической дифференциации. Основным симптомом — замена звуков;
- артикуляторно-фонематическую — обусловленную нарушением взаимосвязи между слуховым и моторным контролем. Основным симптомом — смешение, взаимозамены звуков;
- артикуляторно-фонетическую — обусловленную неправильно сформированными артикуляторными позициями. Основным симптомом — искажение звукопроизношения.



Симптоматика дислалии

1) Фонетические дефекты:

Нарушения звукопроизношения следующих видов:

Пропуск (отсутствие) звука - его полное выпадение.

Замена звука (фонологические нарушения, паралалии) – это стойкое замещение одного звука другим, также присутствующим в фонетической системе родного языка. Звуковые замены вызваны неразличением фонем по тонким артикуляторным или акустическим признакам. При дислалии могут заменяться звуки, различные по месту артикуляции или способу образования, по признаку звонкости-глухости или твердости-мягкости.

Смещение звуков - ребенок постоянно путает два правильно произносимых звука в речевом потоке (т. е. употребляет их то уместно, то неуместно).

Искажение звуков (антропофонические нарушения) – это ненормированное произношение, использование в речи звуков, отсутствующих в фонетической системе русского языка (например, велярное или увулярное произнесение [p], межзубное или боковое произнесение [c] и др.).

При функциональной дислалии нарушается произношение одного (мономорфное нарушение) или нескольких звуков (полиморфное нарушение); в случае механической дислалии – группы сходных по артикуляции звуков.



Симптоматика дислалии

Искажения звукопроизношения принято обозначать терминами, образованными от букв греческого алфавита:

Ротацизм – недостатки произношения вибрантов - [р] и [р']

Ламбдацизм - недостатки произношения боковых - [л] и [л']

Сигматизм - недостатки произношения шипящих [ж], [ш], [щ], [ч] и свистящих [с], [с'], [з], [з'], [ц]

Йотацизм – недостатки произношения [й]

Гаммацизм – недостатки произношения [г] и [г']

Каппацизм – недостатки произношения [к] и [к']

Хитизм - недостатки произношения [х] и [х']

Дефекты озвончения и оглушения – замены звонких согласных парными глухими и наоборот

Дефекты мягкости и твердости - замены мягких согласных парными твердыми звуками и наоборот.

При замене звуков к названию недостатка звукопроизношения прибавляется приставка «пара-»: параротацизм, параламбдацизм, парасигматизм, парайотацизм, парагаммацизм, паракаппацизм, паракхитизм.



Симптоматика дислалии

- 2) Фонематические дефекты: нарушение одной и более функций фонематической системы (слухопроизносительная дифференциация фонем, фонематический анализ и синтез, смыслоразличительная функция).
- 3) Лексико-грамматическая сторона и связная речь при дислалии формируется в соответствии с возрастом.
- 4) Вторично (РЕДКО) могут страдать психические процессы и эмоционально-волевая сфера.



Обследование детей с дислалией

Разделы речевой карты:

I Анкетные данные.

II Анамнез.

III Исследование устной речи:

1) Фонетическая система:

А) Анатомическое строение артикуляционного аппарата;

Б) Артикуляционная моторика;

В) Дыхание;

Г) Голос и просодия;

Д) Звукопроизношение.

2) Фонематические функции.

Исследование лексики, грамматического строя и связной речи производится с целью дифференцировать данное речевое нарушение от других дефектов речи.

Логопедическое заключение: по клинико-педагогической и психолого-педагогической классификациям + отражается форма дислалии (механическая или функциональная), вид дислалии (артикуляторно-фонематическая, акустико-фонематическая, артикуляторно-фонетическая), разновидность неправильного звукопроизношения (ротацизм, сигматизм и т. д.).



Логопедическая работа

Работа выстраивается в соответствии с тремя этапами работы:

Подготовительный этап. При механической дислалии необходимо устранить анатомических дефектов в строении артикуляционного аппарата (пластика подъязычной складки или верхней губы, курс ортодонтического лечения). При моторной функциональной дислалии проводится развитие речевой моторики (артикуляционная гимнастика, логомассаж); при сенсорной функциональной дислалии – развитие фонематических процессов. Также для правильного звукопроизношения важным является формирование направленной воздушной струи, развитие мелкой моторики, отработка произношения опорных звуков.

Этап формирования первичных произносительных навыков. Включает постановку изолированного звука (по подражанию, с механической помощью, т. е. с использованием логопедических зондов или смешанным способом); автоматизацию звука в слогах, словах, предложениях и текстах и дифференциацию звуков (при их смешении).

Этап формирования коммуникативных навыков. Формируются навыки безошибочного употребления отработанных звуков во всех ситуациях общения.



Специфика логопедической работы

При органической дислалии имеется специфика логопедической работы:

- 1) Консультация врача и устранение анатомических дефектов в строении артикуляционного аппарата. Во время проведения лечения учитель-логопед занимается развитием фонематической системы, лексики, грамматического строя и связной речи.
- 2) Более длительный подготовительный период с использованием специфических приемов работы (растягивание подъязычной складки и др.).
- 3) Индивидуальный подбор компенсаторной артикуляции с опорой на акустический эффект.
- 4) Более длительный период автоматизации.
- 5) При невозможности поставить звук сформировать звук-заменитель, наиболее акустически близкий к нормальному.

Ринолалия

-это расстройство фонетико-фонематической системы, включающее нарушение назализации звуков, обусловленное органическими или функциональными причинами.

Авторы, изучающие ринолалию: М.Е. Хватцев, М. Зеeman, З.Г. Нелюбова, Л. И. Ванцовская, А.Г. Ипполитова, И.И. Ермакова и др.

Распространенность данной формы патологии колеблется от 1:1000 до 5,8:1000 рождаемости детей и занимает второе место по частоте среди врожденных пороков развития (С.И. Блохина, Е.Н. Серебряков, С.В. Чуйкин, Р.Р. Шакирова)

Эффект назальности

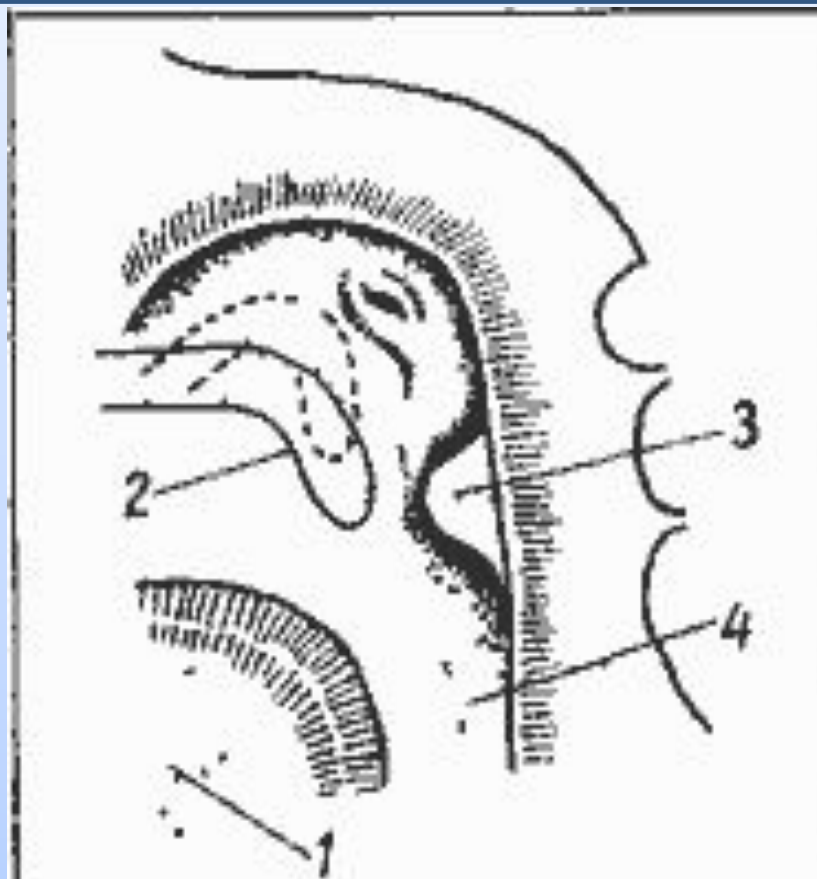


Рис 48 Неполное сжатие замыкающего глоточного кольца

1 — язык, 2 — мягкое небо,
3 — валик Пассавана, 4 — мышцы боковой стенки

Этиология ринолалии

Врожденная открытая органическая ринолалия встречается у детей с расщелинами мягкого и твердого нёба, расщеплением альвеолярного отростка верхней челюсти и верхней губы, укорочением мягкого нёба, раздвоением или отсутствием маленького язычка, скрытыми (субмукозными) расщелинами твердого нёба. Причинами этого может служить заражение беременной на ранних сроках токсоплазмозом, гриппом, краснухой, паротитом и др. инфекциями; контакт с ядохимикатами и другими вредными веществами, курение, употребление наркотиков и алкоголя во время беременности, стрессы, эндокринные нарушения у будущей мамы. Критическим периодом для формирования расщелин лица служит 7-8 неделя эмбриогенеза.

Приобретенная открытая органическая ринолалия возникает в результате рубцовых деформаций, травматической перфорации нёба, параличей и парезов мягкого нёба, обусловленных ранением или опухолевой компрессией языкоглоточного или блуждающего нервов.

Случаи **открытой функциональной ринолалии** встречаются после удаления аденоидов или при постдифтерийных парезах мягкого неба. При этом наблюдается недостаточный подъем мягкого неба и неполное нёбно-глоточное смыкание при фонации.

Этиология ринолалии

Причинами закрытой органической ринолалии выступают различного рода анатомические изменения в носовой полости или носоглотке.

Передняя закрытая ринолалия может быть связана с наличием искривления носовой перегородки, полипов носа, гипертрофии слизистой, опухолей полости носа.

Задняя закрытая ринолалия вызывается аденоидами, полипами, фибромами носоглотки, ростом непарной глоточной миндалины и т. д.

Закрытая функциональная ринолалия возникает при гипертонусе мягкого неба, препятствующем выходу воздушной струи через нос. Данное состояние может развиваться вследствие аденоидэктомии, неврологических нарушений, а также на фоне копирования гнусавой речи окружающих.

Классификация риноплазии

В зависимости от особенностей нарушения принято выделять открытую и закрытую форму риноплазии.

Каждая из форм может быть органической и функциональной.

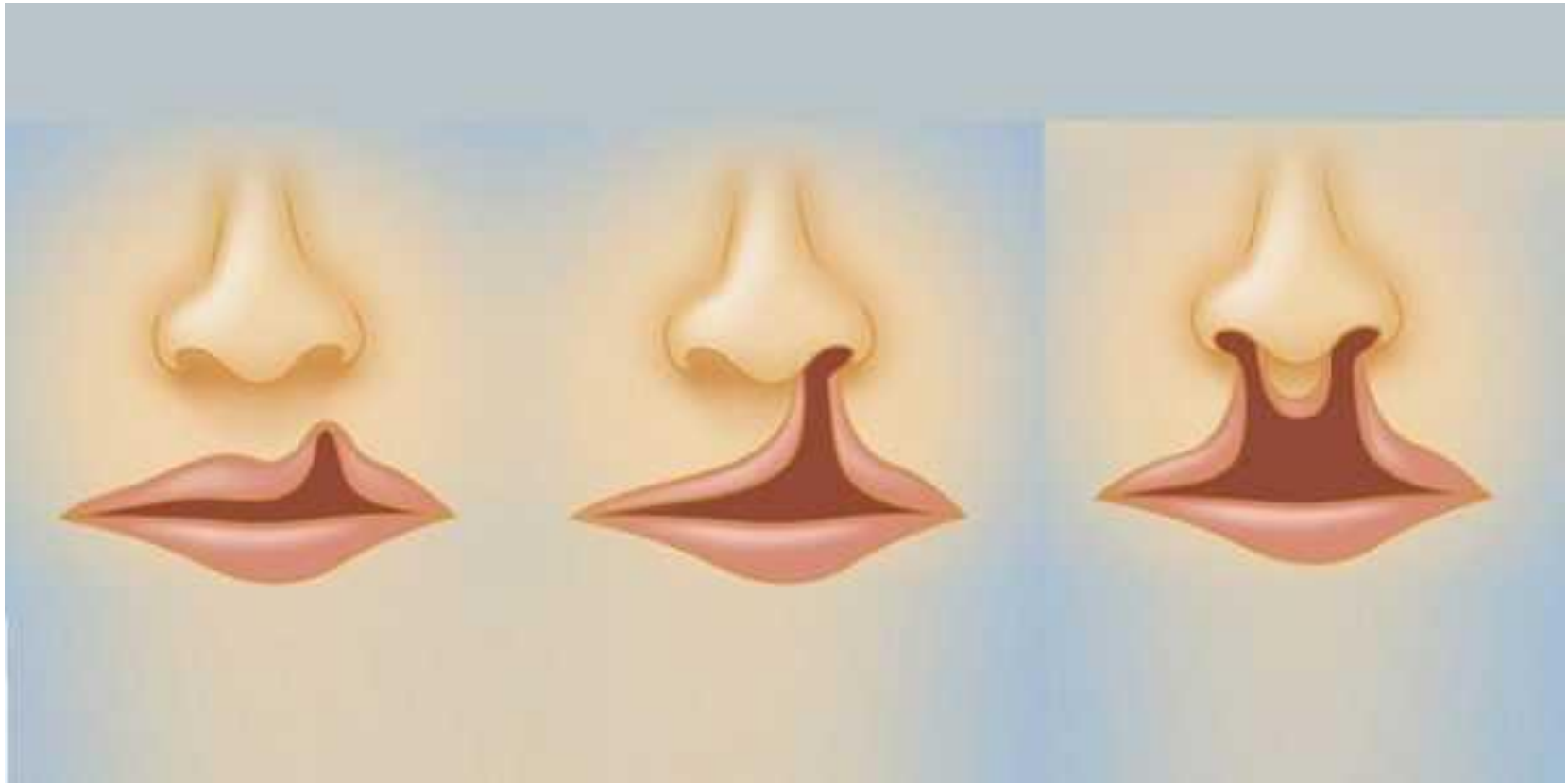
Открытая риноплазия характеризуется наличием постоянного открытого сообщения между носовой и ротовой полостью, что обуславливает свободное прохождение воздушной струи одновременно через нос и рот в процессе речи и возникновение носового резонанса при фонации.

Закрытая риноплазия связана с наличием препятствия, преграждающего выход воздушной струи через нос. В зависимости от уровня расположения анатомического препятствия (полость носа или носоглотка) выделяют соответственно закрытую переднюю и закрытую заднюю риноплазию.

При сочетании непроходимости носа и недостаточности небно-глоточного кольца, говорят о **смешанной риноплазии**. В этом случае отмечается отсутствие носовых звуков и назальный оттенок голоса.

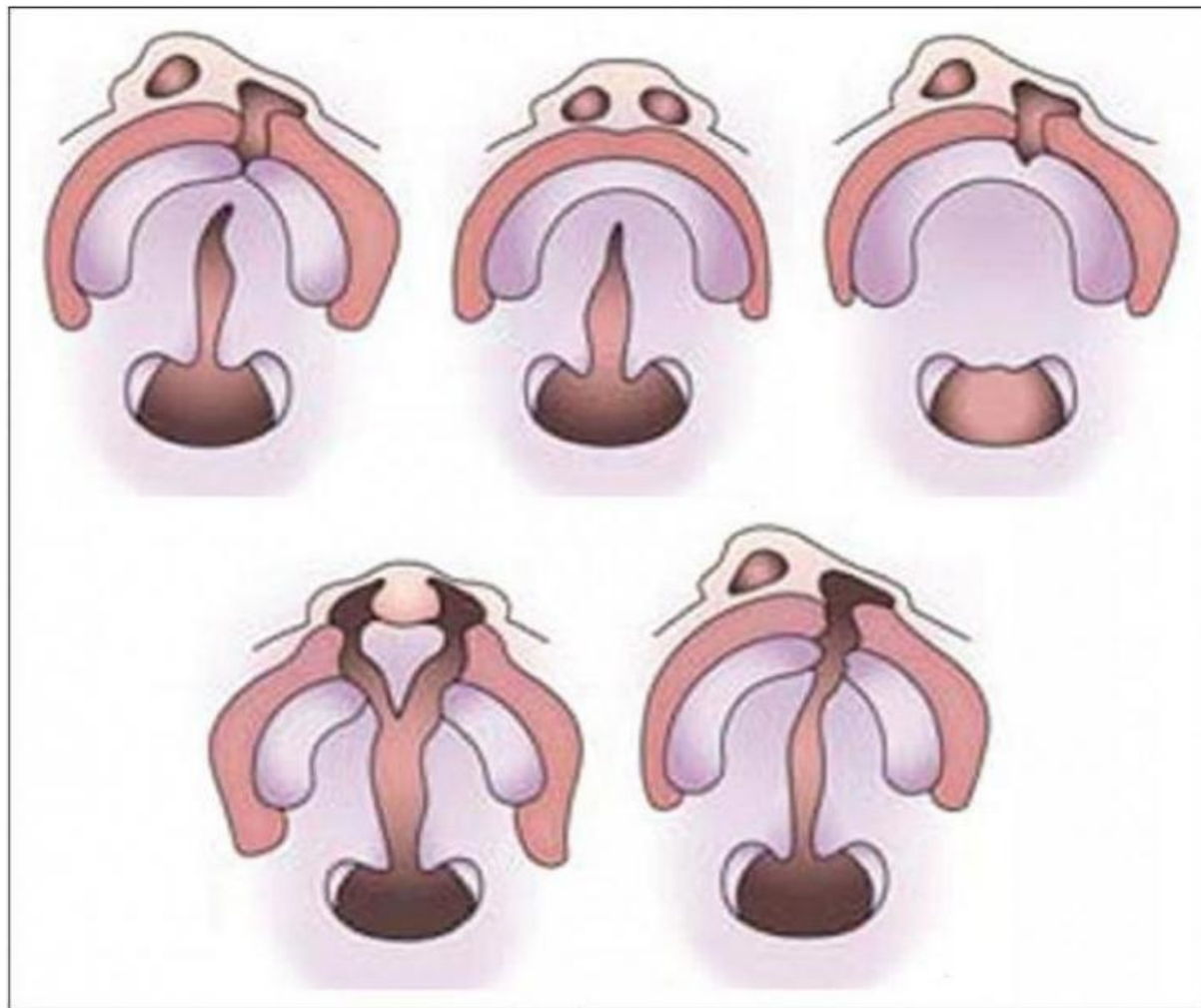
Симптоматика органической открытой ринолалии

Расщелины губы (хейлоскиз):
полные, частичные,
которые могут быть односторонние или двусторонние



Симптоматика органической открытой ринолалии

Расщелины неба (палатоскиз):
несквозные, сквозные, субмукозные,
которые могут быть односторонние, двусторонние



Симптоматика органической открытой ринолалии

- 1) Трудности при питании;
- 2) Проблема с физиологическим дыханием;
- 3) Фонетические нарушения:
 - аномалии строения артикуляционного аппарата;
 - нарушения артикуляторной моторики;
 - голосовые расстройства;
 - проблемы с речевым дыханием;
 - дефекты звукопроизношения;
- 4) Фонематические нарушения;
- 5) Вторичные нарушения познавательных функций и эмоционально-волевой сферы.

Нарушений лексики, грамматического строя и связной речи нет.

Симптоматика функциональной открытой ринолалии

1) Фонетические нарушения:

- нарушения артикуляторной моторики;
- голосовые расстройства;
- проблемы с речевым дыханием;
- дефекты звукопроизношения.

2) Фонематические нарушения.

3) Вторичные нарушения познавательных функций и эмоционально-волевой сферы.

Нарушений лексики, грамматического строя и связной речи нет.

Симптоматика закрытой ринолалии

Закрытая органическая ринолалия сопровождается нарушением произношения носовых звуков ([м], [м'], [н], [н']), а именно заменой [м] на [б], [н] на [д] (аналогично с мягкими вариантами). Отмечается неправильное произношение гласных (они приобретают неестественный оттенок звучания).

При этом также страдает тембр голоса; из-за невозможности носового дыхания дети вынуждены дышать ртом.

Дети с закрытой органической ринолалией склонны к простудным заболеваниям, развитию астенического синдрома.

Закрытая функциональная ринолалия может характеризоваться более сильным нарушением тембра гласных и носовых звуков, чем при органической форме. Голос приобретает тусклый, неестественный, мертвый оттенок.



Симптоматика смешанной риноплазии

М. Зеeman, А. Митринович-Моджеевска выделяют смешанную риноплазию — состояние речи, характеризующееся пониженным носовым резонансом при произнесении носовых звуков и наличием назального тембра (назализованного голоса).

Причиной является сочетание непроходимости носа и недостаточность нёбно-глоточного контакта функционального и органического происхождения. Наиболее типичными являются сочетания укороченного мягкого нёба, подслизистого его расщепления и аденоидных разрастаний, которые в таких случаях служат препятствием для утечки воздуха через носовые ходы во время произнесения оральных звуков.

Состояние речи может ухудшиться после аденотомии, т. к. возникает нёбно-глоточная недостаточность и проявляются признаки открытой риноплазии.

В связи с этим логопеду следует тщательно исследовать строение и функцию мягкого нёба, установить, какая форма риноплазии (открытая или закрытая) сильнее нарушает тембр речи, совместно с врачом обсудить необходимость устранения носовой непроходимости и предупредить родителей о возможности ухудшения тембра голоса. После операции используются приемы коррекции, разработанные применительно к открытой риноплазии.

Ринолалия: степени нарушения речи

Беккер К.-П., Совак М. выделили степени нарушения речи при ринолалии:

Первая степень. Гнусавость и дефекты в речи практически не заметны окружающим.

Вторая степень. Речь понятна, но в произношении появляются гнусавость и фонетико-фонематические ошибки.

Третья степень. Гнусавость и ошибки становятся более слышны.

Четвёртая степень. Возникает выраженная гнусавость и невнятная речь с сопутствующими мимическими движениями.

Ринолалия: диагностика

Обследование **комплексное**, т.е. проводится различными специалистами: врачами (отоларингологом, челюстно-лицевым хирургом, ортодонтом, неврологом, фоониатром), логопедом, психологом.

Инструментальные исследования: рентгенография носоглотки, риноскопия, фарингоскопия, электромиография и др.

При логопедическом исследовании основное внимание уделяется оценке строения и подвижности артикуляционного аппарата, физиологического и фонационного дыхания, нарушений голоса. Для выявления открытой ринолалии используется проба Гутцмана – произнесение гласных [а] и [и] с попеременным закрытием и открытием носовых ходов. При зажатых ноздрях звуки заглушаются, одновременно логопед ощущает пальцами сильную вибрацию крыльев носа.

Затем исследуется звукопроизношение всех гласных и согласных звуков, просодическая сторона речи, фонематические процессы, состояние лексики и грамматики; у школьников – состояние чтения и письма.

Логопедическое заключение: по клинико-педагогической и психолого-педагогической классификациям + отражается форма ринолалии (открытая, закрытая, смешанная), вид расщелины (односторонняя, двусторонняя, субмукозная, сквозная, несквозная), разновидность неправильного звукопроизношения (ротацизм, сигматизм и т. д.).

Открытая ринология: логопедическая работа

Методика М.Е. Хватцева (работа только в послеоперационный период):

1 группа упражнений: отработка подвижности мягкого неба через глотание, кашель, зевание;

2 группа: : отработка подвижности мягкого неба через имитацию рвотных движений;

3 группа: отработка направления дыхательной струи;

4 группа: постановка звуков в определенной последовательности.

Методика М.Зеемана – методика фонетрического лечения (работа только в послеоперационный период):

- 1) Массаж неба;
- 2) Фонетические упражнения;
- 3) Исправление голосоподачи.

Методика З.Г. Нелюбовой (Московская школа); методика Л.И.Ванцовской (СПб школа) и др.

Переходная к современному подходу методика А.Г. Ипполитовой (1963 г.)

2 периода:

1) Дооперационный:

А) подготовительный (формируется речевое дыхание и оральный праксис);

Б) основной этап – постановка голоса и формирование правильного звучания звуков.

2) Послеоперационный период – повторение работы дооперационного периода

Современный подход И.И. Ермаковой (1980 г.)

4 этапа:

- 1) Дооперационный подготовительный этап;
- 2) Послеоперационный этап;
- 3) Этап коррекции произношения;
- 4) Этап автоматизации новых навыков.

Закрытая ринопластика: логопедическая работа

Медицинская помощь: в большинстве случаев требуется оперативное вмешательство: полипомия при назальных полипах, септопластика при искривлении носовой перегородки, аденомотомия при разрастании глоточной миндалины, вазотомия при гипертрофии носовых раковин. Назначаются физиопроцедуры (тубус-кварц, УВЧ), что позволяет уменьшить отек и воспаление слизистых.

Пациентам с невротами могут быть назначены седативные препараты, транквилизаторы, антидепрессанты.

Психологическая помощь: психотерапия, аутотренинг, релаксация. Полезны нейроседативный массаж, занятия йогой.

Логопедическая помощь: занятия требуются лицам с функциональной закрытой ринопластикой, а также пациентам, у которых после курса медицинских процедур сохраняется патологический назальный оттенок голоса.

На подготовительном этапе проводится дифференциация выдоха через нос и рот, используется дыхательная гимнастика.

Ребенка учат различать на слух ротовые и носовые фонемы, акцентируя внимание на участии в фонации различных резонаторов. Отрабатываются изолированные носовые звуки, затем – слоги и слова с ними.

Применяются артикуляционные, голосовые и фонетические упражнения. При дефектной артикуляции осуществляется звукопостановка и автоматизация фонем.

Дизартрия

-это расстройство или искаженное развитие фонетико-фонематической системы, обусловленное органическим поражением двигательных отделов ЦНС.

Описана М.Е. Хватцевым, О.В. Правдиной, И.И. Панченко, Е.Ф. Соботович, Э.Я. Сизовой, И.А. Смирновой, Е.Н. Винарской и др.

Распространенность:

По данным разных авторов распространенность дизартрии у детей дошкольного возраста составляет от 3 до 35,8%.

При ДЦП, по данным И.А. Смирновой, дизартрия составляет от 65 до 85% случаев.

1 степень (стертая дизартрия) – дефекты звукопроизношения могут быть выявлены только логопедом при специальном обследовании.

2 степень – дефекты звукопроизношения заметны окружающим, но в целом речь остается понятной.

3 степень - понимание речи пациента с дизартрией доступно только близкому окружению и частично посторонним людям.

4 степень – речь отсутствует или непонятна даже самым близким людям (анартрия).

Этиология дизартрии

Органическое поражение ЦНС 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 и др.

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

Возникновение дизартрии у взрослых связано с перенесенным инсультом, травмой головы, нейрохирургическими операциями, опухолями головного мозга.

Также дизартрия может встречаться у пациентов с рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона, миотонией, миастенией, церебральным атеросклерозом, нейросифилизом, олигофренией.

Классификация дизартрии

Е.Н. Винарская и А.М. Пулатов в 1973 году представили **клиническую классификацию дизартрии**, в основе которой лежит локализация очага поражения в ЦНС. Лингвистические симптомы впервые авторами сопоставлялись с неврологической симптоматикой.

Были выделены формы:

- Бульбарная;
- Псевдобульбарная;
- Корковая;
- Экстрапирамидная;
- Мозжечковая.

В 1980 году была выделена еще мезэнцефально-диэнцефальная форма дизартрии.

Анартрия

-это грубая иннервационная недостаточность речевого аппарата, характеризующаяся парезом или полным параличом речедвигательных мышц и утратой членораздельной речи.

Анартрия встречается в 5 раз реже, чем дизартрический синдром легкой, средней или тяжелой степени.

Патология диагностируется как у детей, так и у глубоких стариков, популяционная частота не имеет гендерных различий.

В зависимости от клинических проявлений анартрии и ее тяжести различают три варианта речевой патологии. Данное деление предложено отечественным логопедом И.И. Панченко в 1979 г.:

- Отсутствие какой-либо звуко-голосовой реакции.
- Наличие у больного отдельных вокализаций.
- Присутствие минимальной звуковой и слоговой активности.

Диагностика дизартрии

Неврологическая диагностика. Наиболее важное диагностическое значение имеют данные электрофизиологических исследований (электроэнцефалографии - ЭЭГ, электронейромиографии - ЭНМГ), МРТ головного мозга и др.).

Логопедическое исследование включает оценку речевых и неречевых нарушений. Особое внимание логопед обращает на анамнез речевого развития. Оценка неречевых симптомов предусматривает изучение строения артикуляционного аппарата, объема артикуляционных движений, состояния мимической и речевой мускулатуры, характера дыхания. В рамках диагностики устной речи проводится исследование произносительной стороны речи; синхронности артикуляции, дыхания и голосообразования; фонематического восприятия.

Исследование лексики, грамматического строя и связной речи производится с целью дифференцировать данное речевое нарушение от других дефектов речи.

Логопедическое заключение: по клинико-педагогической и психолого-педагогической классификациям + отражается форма дизартрии, степень выраженности, разновидность неправильного звукопроизношения (ротацизм, сигматизм и т. д.).

Дизартрия: коррекция

Работа должна проводиться комплексно:

Медицинская часть: медикаментозная терапия и реабилитация (сегментно-рефлекторного и точечного массажа, ЛФК, лечебных ванн, физиотерапии, механотерапии, иглоукалывания, гирудотерапии), назначаемая неврологом, психиатром.

Психологическая часть: работа с эмоционально-волевой сферой, познавательными процессами.

Педагогическая часть: осуществляется развитие:

- мелкой моторики (пальчиковая гимнастика),
- моторики речевого аппарата (логопедический массаж, артикуляционная гимнастика),
- физиологического и речевого дыхания (дыхательная гимнастика),
- голоса (ортофонические упражнения);
- коррекция нарушенного и закрепление правильного звукопроизношения;
- работа над выразительностью речи и развитием речевой коммуникации;
- совершенствование фонематических процессов.

Дизартрия: логопедическая работа

Принципы логопедической работы:

- 1) Формирование и развитие мотивации к совершенствованию звучания своей речи должно сопровождать весь курс логопедических занятий;
- 2) Развитие фонематической системы вести с опережением по отношению к совершенствованию фонетической системы;
- 3) Необходимо формировать всю фонетическую систему заново, начиная с просодии;
- 4) При формировании артикуляционного праксиса нужно отрабатывать все компоненты артикуляции по ходу воздушной струи;
- 5) Формирование фонетико-фонематической системы должно быть органично связано с развитием остальных компонентов речи;
- 6) Логопедическая работа должна быть тесно связана с развитием всей психической деятельности ребенка.

Дизартрия: логопедическая работа

Разделы работы:

I. Совершенствование фонематических процессов.

II. Формирование навыков управления мышцами оральной области:

- 1) Меры по преодолению саливации;
- 2) Затормаживание нередуцированных оральных и тонических рефлексов;
- 3) Регуляция выталкивающих рефлексов;
- 4) Обучение регуляции тонуса мышц;
- 5) Снижение зависимости от гиперкинезов;
- 6) Развитие силы и координации артикуляторных движений.

III. Воспитание физиологического и речевого дыхания

IV. Синхронизация дыхания с мягкой голосоподачей

V. Формирование просодии

VI. Управление формированием артикуляционного праксиса

VII. Связь формирования ФФС с развитием ЛГС речи.



Профилактика ФФН

Первичная - поддержание и укрепление детского здоровья, организация речевого развития ребенка (полноценное питание, постоянный уход, соблюдение режима дня и гигиены).

Вторичная – после коррекции ФФН, во избежание рецидивов необходимо создать соответствующие обстановку, которая будет способствовать поддержанию выработанного навыка.

Третичная – профилактика прогрессирования речевого дефекта во избежание осложнений и инвалидизации. Заключается в своевременном лечении, коррекции и реабилитации, а также социальной адаптации.



Спасибо за внимание!

**К.п.н., доцент Морозова В.В.
morozova_asp@mail.ru**