

Выявление дизартрии у детей раннего возраста

В последние годы число неговорящих детей раннего возраста значительно возросло. По нашим данным, около 80 % детей раннего возраста имеют задержки речевого развития (ЗРР) различного генеза, среди которых преобладают ЗРР дизартрического характера. Как правило, в основном это экстрапирамидная и корковая формы дизартрии, которые вызваны пренатальной и натальной патологией.

Ранняя помощь детям с ЗРР может быть намного эффективнее, если бы родители сразу понимали и принимали проблемы своих детей, но родители на ранних этапах онтогенеза долгое время не замечают каких-либо отклонений в развитии ребенка. Когда нарушения в старшем возрасте становятся более заметными, обращаются к различным специалистам, в том числе к логопедам.

Первичным звеном, выявляющим детей с речевыми или интеллектуальными нарушениями, является логопед или невролог детской поликлиники или детского диагностического центра. Как правило, они первыми сообщают родителям, что у их ребенка имеются те или иные проблемы в развитии речи или интеллекта.

Очень часто неговорящим детям раннего возраста логопеды-практики ставят диагноз «моторная алалия» и в дальнейшем выбирают неправильную тактику коррекционной работы. Это приводит к тому, что сроки коррекционной работы затягиваются и не дают высоких результатов. Таким образом, они упускают время, и детям не оказывается никакой помощи. Только после трех лет и старше родители этих детей понимают, что ждать нечего, и начинают бегать по специалистам — неврологам, логопедам, дефектологам, психологам, но, к сожалению, первый и самый большой сензитивный период развития ребенка

пропущен, поэтому оказать помощь такому ребенку уже гораздо сложнее.

Значительно повысить эффективность коррекционной работы можно, если уже в раннем возрасте выявлять дизартрию и подбирать адекватные методы абилитации, такие как общий и артикуляционный массаж, различные виды ЛФК: пассивная гимнастика начиная с младенческого возраста и активная гимнастика с 3—4 лет, а также специальная коррекционно-логопедическая работа, направленная на устранение дизартрии [3].

Очень часто родители детей с речевыми или психическими нарушениями не понимают важности массажа и ЛФК и отказываются от этих видов абилитации. Но на ранних этапах развития массаж и ЛФК более эффективны, чем коррекционные занятия, так как правильное формирование движений способствует развитию речи и познавательной активности.

Познавательная активность у ребенка начинает формироваться, как только он научился хорошо держать голову и перевернулся на живот. Дальнейшее развитие познавательной активности и речи происходит у ребенка с развитием общей и мелкой моторики и, в частности, зависит от правильного захвата предметов рукой. Поэтому следующим этапом психомоторного развития детей является умение самостоятельно и правильно сидеть. Затем ребенок учится стоять с поддержкой и правильно ползать. Правильное ползание развивает координацию и подготавливает к ходьбе [1]. Если у ребенка имеются какие-либо нарушения психомоторного развития, то его психическое и речевое развитие идет искаженно — задерживается или нарушается. Поэтому так важны в раннем периоде массаж и ЛФК, так как они нормализуют тонус и формируют движения [4].

Коррекционные занятия имеют наибольший эффект, если сочетаются с массажем и ЛФК. Занятия с логопедом или дефектологом должны проводиться систематически не менее двух раз в неделю, а массаж и ЛФК — курсами каждые шесть месяцев до достижения ребенком нормального или близкого к норме физического развития. Коррекционные занятия проводятся длительное время, иногда до нескольких лет, и зависят от характера и тяжести речевого или психического расстройства [3].

Поэтому логопедам необходимо знать основные критерии тех форм дизартрии, которые наиболее часто смешиваются с моторной алалией. Так, экстрапирамидная дизартрия у детей раннего возраста проявляется нарушением мышечного тонуса, что, в свою очередь, приводит к нарушению фонации, артикуляции, темпа, ритма и интонации. Поражения экстрапирамидной системы приводят к расстройствам мышечного тонуса по типу дистонии. В спокойном состоянии мышечный тонус приближен к норме, но при попытках двигаться или говорить мышечный тонус резко повышается, что может приводить к мышечным спазмам [2]. Эта форма дизартрии чаще всего встречается у детей, имеющих в анамнезе роды путем кесарева сечения.

В младенческом возрасте у таких детей отмечается повышенный тонус в мышцах ног и пониженный тонус в мышцах спины. Поэтому такие дети сначала начинают стоять с поддержкой, а потом садиться и ползать, иногда они вообще не ползают или ползают неправильно. Они достаточно рано начинают ходить, в 10—11 месяцев, но походка у таких детей неустойчивая и шаткая, они часто падают. В долингвистическом развитии у таких детей отмечается слабость или отсутствие крика в момент рождения, позднее начало гуления — в 4—5 месяцев и лепета — в 10 месяцев. Гуление и лепет отличаются скудностью. Первые слова появляются в возрасте двух лет. Активный словарь достаточно быстро накапливается, в 2,5 года у детей появляются простые обиходные фразы из двух слов. К трем годам формируется фразовая речь. Дети используют простые распространенные фразы из 3—4 слов, но очень часто речь малопонятна для близких ребенка и непонятна для окружающих, так как звукопроизношение грубо нарушено. Из-за нарушения артикуляции задерживается созревание фонематического слуха. Поэтому в раннем возрасте дети могут недостаточно понимать обращенную речь, чем

напоминают слабослышащих. К пяти годам речь становится фонетически более сформированной, но отмечается нарушение произношения звуков позднего онтогенеза: заднеязычные [г], [к] заменяются переднеязычными [т], [д]; свистящие и шипящие имеют губно-зубное произношение (сумка — фумка, шапка — фапка), иногда искаженные свистящие звуки могут заменять шипящие или шипящие произносятся в более простом нижнем или губном произношении, а соноры [л], [р] произносятся гортанно. Также звук [л] может заменяться губным (польское л).

Другая форма дизартрии, которая также часто смешивается с алалией, — это корковая. При этой форме дизартрии нарушается произвольная моторика артикуляционного аппарата, вследствие чего страдает переключение от одного звука к другому, от одной артикуляционной позы к другой. Дети способны четко повторить за взрослым изолированный звук, а в потоке речи звуки искажаются или заменяются более простыми по артикуляции. При этой форме дизартрии также нарушается общая моторика, отмечается повышенный тонус кистей рук, поэтому дети плохо рисуют, не проявляют интереса к ручным видам труда, в школе отмечается плохой почерк [2]. Раннее моторное развитие задерживается: дети позже начинают держать голову (после 2 месяцев), переворачиваться на живот (после 3 месяцев), задерживаются более сложные локомоторные функции — ползание (8—9 месяцев) и ходьба (с 1 года 1 месяца до 1 года 3 месяцев). Долингвистическое развитие также идет с задержкой: гуление и лепет появляются в более поздние сроки и носят скудный характер. Первые слова появляются после двух лет, накопление словаря идет медленно, простые фразы появляются к трем годам, распространенные фразы — после трех лет. Дети долго не могут овладеть даже простыми формами диалога, отвечают однословно. У них нарушается коммуникативная функция речи. Страдает моторная и слухоречевая память. Понимание речи соответствует возрастной норме, но носит ситуативный характер. В дошкольном возрасте у таких детей отмечается общее недоразвитие речи, а в школьном возрасте они испытывают трудности в обучении: с трудом усваивают учебный текст, плохо понимают условия задач по математике, на письме у них отмечается дизорфография, которая сохраняется до конца обучения в школе.

Поэтому логопедам необходимо учитывать основные диагностические критерии выявления

дизартрии у детей при обследовании и выбирать адекватные методы коррекции для повышения эффективности реабилитационной работы, как только выявлены первые характерные признаки этих двух форм дизартрии — нарушение мышечного тонуса, задержка моторного и долингвистического развития.

Как показывает практический опыт, традиционных логопедических методов и приемов для эффективной коррекции нарушенного развития оказывается недостаточно. Детям с нарушенным онтогенезом необходимы приемы и упражнения для созревания зон мозга, отвечающих за двигательное, речевое и психическое развитие. Поэтому в логопедической практике становится актуальным использование нейropsихологических методик. Для этого в начале реабилитационного процесса проводится диагностика, которая включает исследование гнозиса, праксиса, сформированность серийной организации движений и речи. По результатам диагностики определяются направления реабилитационной и коррекционной работы.

В систему коррекционной работы входят элементы замещающего онтогенеза, кинезотерапевтическая артикуляционная гимнастика и нейродинамическая ритмопластика, стимулирующая мозжечок и межполушарное взаимодействие.

Метод замещающего онтогенеза — это реконструкция сенсомоторного опыта ребенка с момента рождения. Он нацелен на формирование базовых основ и предпосылок познавательной и речевой функций. В начале реабилитационного процесса используются двигательные методы, связанные с речевым сопровождением [5].

Ребенку предлагаются упражнения в той последовательности, в которой он находится сразу после рождения: лежа на спине, затем на животе, потом сидя, далее — ползание на четвереньках и наконец — ходьба и различные ее

виды. Помимо этого, на занятиях используются упражнения дыхательной гимнастики, которые делают дыхание естественным, голосовые упражнения, артикуляционный массаж, упражнения нейродинамической ритмопластики, которые стабилизируют общий тонус, и упражнения, формирующие сенсомоторное взаимодействие [5]. Таким образом, при сочетании нейropsихологического и логопедического воздействия в работе с детьми с нарушенным онтогенезом достигаются высокие результаты, так как в основе этого воздействия находятся специальные методы двигательной и речевой коррекции.

Все это необходимо донести до родителей, чтобы они поняли, что нет лечения с моментальным результатом, а есть длительная реабилитационная работа, где главным звеном будут они — родители, и чем больше их вклад в ребенка, тем лучше результаты. Дети с тяжелыми речевыми или психическими нарушениями иногда достигают лучших результатов при участии родителей, чем дети с более легкими нарушениями, но родители которых не уделили должного внимания их развитию.

Литература

1. *Бадалян О. А.* Невропатология. — М.: Просвещение, 1987.
2. *Беляева Л. И., Волоскова Н. Н.* Логопедия. Дизартрия. — М.: Владос, 2009.
3. *Карелина И. Б.* Комплексная реабилитация неговорящих детей раннего возраста: монография. — Новосибирск: СибАК, 2017.
4. *Карелина И. Б.* Логопедический массаж при различных речевых нарушениях: практическое пособие. — М.: Гном, 2013.
5. *Семенович А. В.* Нейropsихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. — М.: Академия, 2002.



Д. Б. Юматова

Культура здоровья дошкольника. Цикл игр-путешествий

Пособие описывает цельную, органичную систему — здоровьесберегающее пространство дошкольника, основанную на триединстве физического, психического и духовно-нравственного здоровья, что обеспечивает каждому воспитаннику возможность формирования культуры здоровья и создаёт социальную ситуацию развития личности. Работа с практическими материалами пособия, представленными как увлекательные игры-путешествия по Царству Здоровья, способствует созданию у детей интереса к своему здоровью, становлению ценностей здорового образа жизни и воспитанию навыков заботы о себе, мотивации на сбережение своего здоровья и здоровья окружающих. Книга адресована широкому кругу специалистов дошкольных учреждений, социально-реабилитационных центров, а также может быть использована в условиях семейного воспитания.