Кархалева Наталья Борисовна

МБДОУ №16; ГУЗ ЦГКБ детская проблема г.Ульяновск

Учитель-логопед

**Проблемы ранней и дифференциальной диагностики**

**речевых нарушений у детей дошкольного возраста**

 **(опытно – исследовательская разработка)**

Проводя ежегодное обследование речи детей в массовых детских садах №16, №194 можно отметить, что в старших и подготовительных к школе группах от 40 до 60 % детей имеют отклонения в речевом развитии.

Среди наиболее распространенных нарушений:

– ФИД;

– ФФН;

– стертая дизартрия.



 Диаграмма 1

Стертая форма дизартрии чаще всего диагностируется после 5 лет. Все дети, чья симптоматика соответствует стертой дизартрии, направляются на консультацию к невропатологу для уточнения или подтверждения диагноза и для назначения адекватного лечения. Обычно дети со стертой дизартрией в первый год жизни наблюдались у невролога, им назначалось медикаментозное лечение и массаж. В диагнозе до года стояло ПЭП (перинатальная энцефалопатия), развитие ребенка после одного года, как правило, у всех бывает благополучным, невропатолог больше не наблюдает этих детей, и ребенок считается здоровым.

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Учебные года | Количество детей старших, подготовительных групп с дефектами речи | Количество детейсо ст. дизартрией. |
| Детей | % |
| 2013-2014 | 40 | 6 детей  | 15% |
| 2014-2015 | 40 | 7 детей  | 17,5% |
| 2015-2016 | 34 | 6 детей  | 17,6% |
| 2016-2017 | 33 | 5 детей  | 15% |

Таким образом от 10 до 20 % детей имеют стертую дизартрию. При обследовании детей в возрасте 5-6 лет со стертой дизартрией выявляются следующие симптомы:

– Нарушена 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.д. 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.

– Нарушена 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. Многие не любят рисовать. Особенно заметна моторная неловкость рук на занятиях по аппликации и с пластилином. В работах по аппликации прослеживается еще и трудности пространственного расположения элементов. Нарушение тонких дифференцированных движений руками проявляется при выполнении проб-тестов пальцевой гимнастики. Дети затрудняются или просто не могут без посторонней помощи выполнять движение по подражанию, например, «замок» - сложить кисти вместе, переплетая пальцы; «колечки» - поочередно соединить с большим пальцем указательный, средний, безымянный и мизинец и другие упражнения пальцевой гимнастики.

– Наблюдаются 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. Язык при паретической симптоматике тонкий, находится на дне полости рта, вялый, кончик языка малоактивный. При функциональных нагрузках (артикуляционных упражнениях) мышечная слабость увеличивается.

Спастичность мышц органов артикуляции проявляется в следующем: лицо амимично, мышцы лица при пальпации твердые, напряженные. Губы у такого ребенка постоянно находится в полуулыбке: верхняя губа прижимается к деснам. Во время речи губы не принимают участие в артикуляции звуков. Многие дети, у которых отмечается подобная симптоматика, не умеют выполнять артикуляционное упражнение «трубочка», т.е. вытянуть губы вперед, и др. Язык при спастическом симптоме чаще изменен по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный.

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 состояния 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 удерживать язык вне полости рта. Гиперкинезы языка чаще сочетаются с повышенным тонусом мышц артикуляционного аппарата.

Апраксия при стертой дизартрии выявляются 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. Можно наблюдать кинетическую апраксию, когда ребенок не может плавно переходить от одного движения к другому. У других детей отмечается кинестетическая апраксия, когда ребенок производит хаотические движения, «нащупывая» нужную артикуляционную позу.

Девиация, т.е. отклонения языка от средней линии, проявляется также при артикуляционных пробах, при функциональных нагрузках. Девиация 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 удерживание 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 стороной речи.

Нарушение звукопроизношения, при первоначальном знакомстве с ребенком 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. Родители часто задают вопрос, почему звуки, которые логопед поставил, не используются в речи ребенка. При обследовании выявляются, что многие дети, которые искажают, пропускают, смешивают или заменяют звуки, изолированно эти же звуки могут правильно произносить. Таким образом, звуки при стертой дизартрии ставятся теми же способами, что и при дислалии, но долго не автоматизируются и не вводятся в речь. Наиболее распространенным нарушением являются дефект произношения свистящих и шипящих. Дети со стертой дизартрией искажают, смешивают не только артикуляционно сложные и близкие по месту и способу образования звуки, но и акустически противопоставленные.

Достаточно часто отмечаются межзубное произнесение, боковые призвуки. Дети испытывают трудности при произношении слов сложной слоговой структуры, упрощают звуконаполняемость, опуская некоторые звуки при стечении согласных.

Результаты обследования состояния произносительной стороны речи детей со стертой дизартрией отражены на диаграмме 2, где выделены наиболее типичные нарушения звукопроизношения у детей со стертой дизартрии.

Наиболее трудными в произношении для детей со стертой дизартрией оказываются твердые свистящие: [c] – 98 %, [з] – 96 %. Для свистящих характерно межзубное произношение, реже встречается губно-зубное и призубное произношение. Аналогичные нарушения наблюдаются в группе шипящих: [ш], [ж] – 95 %. Иногда шипящие заменяются искаженными свистящими. Среди аффрикат чаще страдает произношение [ц] и составляет 95 % от нарушений всей группы аффрикат. Нарушение произношения [ч] – 80 %, отмечается реже. Звук [ц] - обычно заменяется на [c’] или искаженное [c], а звук [ч] заменяется на [т’] или искажается, звук [щ] – заменяется на искаженное [ч] или [ш], реже на звук [c’]. Сонорные нарушаются следующим образом: среди нарушений произношения звука [л] преобладают нарушения, выражающиеся в искажении звука [л] – 85 %: имеет место губно-губной, губно-зубной и межзубный ламбдацизм. Звук [л’] заменяется на [j].



 свистятищие шипя- аффри- сонорные задне- губно-

 щие каты язычные зубные

Диаграмма 2

Часто звук [л] отсутствует. Среди расстройств произношения звуков [р], [р’] – 80 % по самым распространенным искажением является велярное произношение. Иногда [р’] заменяется звуком [j]. Заднеязычные [г] – 25 % и [к] заменяются на [т] и [д] или отсутствуют. Основным вариантом дефектного произношения твердых переднеязычных [т] и [д] является межзубное произношение, которое сочетается с межзубным произношением свистящих и шипящих. Частый дефект мягких переднеязычных [т’], [д’] – боковое произношение, которое сочетается с боковым сигматизмом. Встречается смягченное произношение всех согласных, возникающее вследствие спастичного напряжения средней части спинки языка.

Остальные согласные, как правило, остаются относительно сохраненными. Твердые звуки у детей со стертой дизартрией нарушаются чаще, чем мягкие. Глухие и звонкие пары звуков в произношении нарушены одинаково, например: если глухой свистящий звук [c] имеет боковое или межзубное произношение, то и его звонкая пара, звук [з], тоже имеет боковое или межзубное произношение.

Нарушение просодики. 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 становиться 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 скандировано, т.е. по слогам, а на первое место выступает только нарушение просодики.