Кархалева Наталья Борисовна

МБДОУ №16; ГУЗ ЦГКБ детская поликлиника г.Ульяновск

Учитель-логопед

**Отграничение легких форм дизартрии от дислалии**
Среди разнообразных речевых нарушений в детском возрасте большую трудность для дифференциальной диагностики и логопедической работы представляют функциональная дислалия и легкая форма дизартрии.

Анализ случаев детей с дислалией и легкой дизартрией показал, что для понимания данных речевых расстройств, их разграничения, недостаточно изучение особенностей собственно речевого нарушения. Наиболее плодотворным является такой подход к ребенку, при котором внимании исследователя сосредотачивается не только на изолированных симптомах (речи), но и на расстройстве целостной сложной системы всего организма. С этой целью Р.И. Мартыновой было проведено всестороннее клинико – педагогическое исследование детей с функциональной дислалией, легкой дизартрией и детей с нормальной речью по следующим критериям:

1. Результаты исследования физического статуса.

Дети с легкой формой дизартрии и функциональной дислалией по физическому развитию несколько отстают от детей с нормальной речью. Причем отставание значительно больше у детей со стертой формой дизартрии, чем у детей с дислалией. У детей со стертой формой дизартрии в более поздние сроки формируются различные двигательные функции, умение самостоятельно садиться, ползать, ходить, захватывать предметы кончиками пальцев и манипулировать с ними. Моторика этих детей по сравнению с остальными детьми (дети с нормальной речью и со сложной дислалией) отличаются общей неловкостью, недостаточной координированностью. Поэтому дети со стертой дизартрией не любят и не хотят сами застегивать пуговицы, шнуровать ботинки, т.е. у них труднее воспитываются культурно – гигиенические навыки, навыки самообслуживания. У этой группы детей долго не проявляется интерес к рисованию, к лепке, мозаике и другим видам ручной деятельности, требующим точных координированных движений различных групп мышц.

Часто дети со стертой дизартрией плохо едят, поперхиваются во время еды. Так как им трудно жевать, то обычно они не любят твердую пищу: хлебные корочки, мясо, морковь, яблоко и т.д.

2. Результат исследования неврологического статуса.

У детей с нормальной речью и функциональной дислалией симптомов органического поражения центральной нервной системы не отмечалось. Неврологическая симптоматика у детей с легкой формой дизартрии при одноразовом исследовании в поликлинических условиях часто не выявлялась и поэтому такие дети причислялись к дислаликам. При тщательном обследовании и применении функциональных нагрузок (повторные движения, силовые напряжения) можно выявить симптомы органического поражения центральной нервной системы в форме стертых парезов, изменения тонуса мышц, гиперкинезов в мимической и артикуляционной мускулатуре, патологических рефлексов. Основное нарушение со стороны черепно – мозговых нервов связано с поражением подъязычных нервов (XII пары), которое проявляется в виде некоторого ограничения движения языка в сторону, гиперкинезов. Повторные движения языка вверх, вперед и в стороны вызывают быстрое утомление, выражающееся в замедлении темпа движений, а иногда и легкого посинения кончика языка.

У некоторых детей появлялись при боковых движениях нижней челюсти синкинезии в виде поворота головы, языка, реже губ в ту же сторону.

У детей имелась асимметрия лицевых нервов (VII пара) в основном за счет сглаженности правой или левой носогубной складки. Тяжелых расстройств со стороны языкоглоточных и блуждающих нервов (IX, X пары) у обследуемых детей не наблюдалось. Однако было отмечено недостаточное сокращение мягкого неба. Голос у детей тихим, глуховатым с небольшим носовым оттеком.

Со стороны двигательной сферы у детей были выявлены следующие изменения: активные движения совершались в полном объеме, но были замедленными, неловкими, недифференцированными.

Помимо перечисленных нарушений, у детей с легкой формой дизартрии были отмечены изменения со стороны вегетативной нервной системы, которые преимущественно проявлялись в виде потливости ладоней и стоп.

3. Результат исследования психолого-педагогического статуса.

Сравнительное исследование психических процессов (внимания, памяти, мышления) показало, что различие между исследуемыми группами детей проявляется в совокупности всех психических процессов. Нарушение нервно-психических функций значительно больше выявлялось при легких, стертых формах дизартрии, чем при функциональной дислалии.

Нарушение внимания проявляется в повышенной отвлекаемости ребенка, в отсутствии концентрации и сосредоточенности на каком – то одном занятии.

Эмоционально – волевое нарушения у детей – дизартриков проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. Дети двигательно беспокойны, склонны к раздражительности, колебаниям настроения, часто проявляются грубости и непослушание. Некоторые склонны к реакциям истероидного типа, бросаются на пол и кричат, добиваясь желаемого. Другие дети со стертой дизартрией наоборот: пугливы, заторможены, избегают трудностей, плохо приспосабливаются к новой обстановке.

4. Результаты исследования речи.

Все дети понимали обращенную к ним речь. Дети с нормальной речью и функциональной дислалией имели достаточный словарь, полную фразу, громкий голос и нормальный темп речи.

У детей с легкой формой дизартрии активный словарь был несколько ограниченным, фраза – короткая, голос – нередко тихий, речь быстрая, неотчетливая. Характерным признаком для детей с дислалией и дизартрией было нарушений звукопроизношения. У дислаликов чаще отмечались замены и смешение звуков, а у детей с дизартрией – искажения и отсутствие звуков. У детей с легкой формой дизартрии отмечалось расхождение между умением произносить звуки изолированно и в речевом потоке. Изолированно звуки произносят чище, правильнее, в речевом потоке – неясно, не четко т.к. слабо автоматизировались и недостаточность дифференцировались.

На основе исследований Р.И. Мартыновой и других авторов обнаруженные различия между стертой дизартрией и дислалией можно свести в следующую таблицу:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Этиология, анамнез | Дислалия | Дизартрия |
| 1. Ранее развитие | Держать головку начинают с 2 мес.; сидеть с 6 мес.; гуление – после одного месяца; лепет - 4,5 мес.; первые слова с 1 года; фразовая речь- в 2 года. | Держать головку начинают с 2,5 - 3 мес.; сидеть с 7 - 8 мес.; гуление – после 2,5 месяцев; лепет - 8 мес.; первые слова с 1,5 года; фразовая речь - после 3х лет. |
| 2.Общая моторика | Норма | 1)моторная неловкость при прыжках, беге;2) плохо развита мелкая моторика рук;3) движения неуверенные, неточные, неловкие, недостаточно координированные. |
| 3.Артикуляционная моторика | Движения сильные, симметричные | 1)неправильный оскал;2) отклонения языка по средней линии вправо или влево;3) недостаточный объем движений, затруднен подъем языка вверх;4) движения неточные, возникают трудности при удержании артикуляционной позы, иногда наблюдаются поиски артикуляционного уклада;5) трудность в переключении артикуляционных движений;6) легкий тремор языка;7) замедление темпа при повторных артикуляционных движениях;8) наличие синкнезий  |
| 4.Неврологические знаки | Норма | 1) ассиметрия носогубных складок – одна более глубокая;2) при функциональных нагрузках наблюдается солевация;3) изменение тонуса мышц;4) гиперкинезы в мимической и артикуляционной мускулатуре;5)односторонние, невыраженные, стертые парезы подъязычного, языкоглоточного, блуждающего и лицевого нервов. |
| 5.Звукопроизношение | Нарушено (замены, смешение) | Нарушено. Общая смазаность, неточность, т.е. страдает дикция (искажение, отсутствие) |
| 6.Голос | Громкий. Звонкий. | Немного глухой, тихий, м.б. с назальным оттенком. |
| 7. Дыхание | Норма | Может быть недостаточно дифференцированным ротовой и носовой выдох. |