

Методическая разработка
«Дифференциальная диагностика дислалий от
дизартрий при проведении первичного обследования
ребенка»

Учитель-логопед Пасметюха Инесса Александровна

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСЛАЛИЙ ОТ ДИЗАРТРИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА

"Личностно-ориентированное образование - образование, обеспечивающее развитие и саморазвитие личности ученика, исходя из выявления его индивидуальных особенностей как субъекта познания и предметной деятельности. Оно базируется на признании каждым учеником права выбора собственного пути развития через создание альтернативных форм обучения. Образовательный процесс личностно-ориентированного обучения предоставляет каждому ученику, опираясь на его способности, склонности, интересы, ценностные ориентировки и субъектный опыт, возможность реализовать себя в познании и учебной деятельности.

Содержание образования, его средства и методы структурируются так, что позволяют ученику проявить избирательность к предметному материалу, его виду и форме. В этих целях разрабатываются индивидуальные программы обучения, моделированно-исследовательское мышление, организуются групповые занятия на основе диалога, имитационно-ролевых игр; учебный материал конструируется (интегрируется) для реализации метода исследовательских проектов, выполненными самими учащимися. Критериальная база личностно-ориентированного обучения строится на отслеживании и оценке не столько достигнутых знаний, сколько на сформулированности качеств ума (интеллекта) как личностных новообразований."

Как же осуществляется личностно-ориентированный подход при коррекции дизартрии, в чем его специфика?

При дизартрии специфика коррекции звукопроизношения будет зависеть от сохранности мышц.

И так как при дизартрии имеются нарушения в органике, страдает просодическая сторона речи, нарушена общая и мелкая артикуляционная моторика, дыхание, то необходим комплексный подход при коррекции этого дефекта.

Комплексный подход осуществляется в тесном союзе медиков и педагогов.

Комплекс медицинских методик предшествует логопедическому воздействию и сопровождает его. Он включает фармакотерапию; лекарства, необходимые для нормализации нервной системы. Помимо этого прицельного лечения, при различных видах дизартрии, вводится общеукрепляющее лечение: кинезотерапия (массаж, физиотерапия); серия нетрадиционных методик: фитотерапия, литотерапия, хромо, ароматотерапия и др.

Помимо этого параллельно осуществляется логопедическое воздействие, которое имеет свои особенности. Постановка звуков начинает осуществляться с тех звуков, артикуляция которых наиболее сохранна. Поэтому работа может начаться и с вибрантов Р, или африкатов Ч, если мышцы, участвующие в артикуляции этих звуков сохранны у ребенка.

Таблица 1
 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСЛАЛИЙ ОТ
 ДИЗАРТРИИ

ДИСЛАЛИЯ	ДИЗАРТРИЯ
<p>1. Возникают у соматически ослабленных детей. Органических поражений нервной системы нет.</p> <p>2. Неврологическая симптоматика отсутствует.</p> <p>3. Двигательная сфера без патологии, сухожильные рефлексы живые, равномерные.</p> <p>4. Страдает только звукопроизношение.</p> <p>Прогноз благоприятный. Результаты налицо через 3-6 месяцев.</p> <p>5. Голос звонкий, громкий, богато модулированный.</p> <p>6. Речевая активность повышена.</p> <p>7. К своему дефекту критичен.</p>	<p>1. Связаны с поражением ц.н.с. возникшего после перенесенных мозговых заболеваний (энцефалитов), травм.</p> <p>2. Ярко выражена асимметрия лица, губ, языка, мягкого неба; рот в покое приоткрыт из-за пареза губ; сглаженность носогубных складок.</p> <p>3. Страдает общая мелкая моторика. Наблюдаются денерваторные нарушения мышц артикуляционного аппарата.</p> <p>4. Наряду со звукопроизношением страдает просодика. Поставленные звуки автоматизируются с трудом.</p>

Продолжение таблицы 1

<p>8. Вегетативные нарушения проявляются в конечностях, в дермографизме.</p> <p>9. Гигиенические навыки вырабатываются быстро, устойчиво</p> <p>10. Сон спокойный без ночных страхов и сновидений.</p> <p>11. Дыхание в норме.</p> <p>12. В контакт входит легко, изредка осторожно. Поведение адекватное, спокойное; дети иногда раздражительны, обидчивы, плаксивы.</p> <p>13. Память, внимание, работоспособность, мыслительные процессы, интеллект - в норме; редко наблюдается задержка психического развития (з.п.р.).</p> <p>14. Активны, подвижны, занимаются охотно; без особого труда переключаются с одного вида деятельности на другой.</p>	<p>5. Голос глухой, слабый сдавленный, затухающий, прерывистый.</p> <p>6. Речевая активность снижена.</p> <p>7. "У чужого соринку в глазу видит, у себя- бревна не заметит".</p> <p>8. Грубо выраженные синюшные, холодные, влажные руки и ноги. Дермографизм яркий, у станов очный. Саливация (слюнотечение).</p> <p>9. Вырабатываются с трудом из-за моторных нарушений. Неопрятны.</p> <p>10. Частые расстройства сна, ночные страхи, сновидения.</p> <p>11. Отмечается расстройство дыхания, глотания, жевания.</p> <p>12. В контакт входят осторожно или же чрезвычайно легко. Поведение нервное, частые смены настроения, возможны срывы, негативизм, аффекты, злобность, упрямство, плаксивость.</p> <p>13. Память снижена кратковременна, особенно страдает вербальная. Внимание неустойчивое, низкая работоспособность. Интеллект- чаще ЗПР, возможна олигофрения в степени дебильности.</p> <p>14. Ме длительны или расторможены, в отдельных случаях уклоняются от занятий, жалуются на головную боль, с трудом переключаются с одного вида работы на другой.</p>
---	---

Следовательно способ постановки звуков будет зависеть от резервных возможностей каждого ребенка в отдельности. Еще один пример: если у ребенка сохранен звук Т, то он может стать базовым для шипящих. Переведя губы в рупор, произносим Т с придыханием и получаем звук Ш . Остальные шипящие ставим по традиционной методике, но при автоматизации, учитывая принцип наименьших энергетических затрат при переходе от одной артикуле мы к другой и компенсаторных возможностей ребенка, в первую очередь автоматизируем шипящие с лабиализованными гласными:

-ШУ; -ШО; затем -ШИ; -ША; и т.д.

Отработав звук в слогах, словах, приступаем к дифференциации на слух и в произношении. Таким образом, этот сравнительный анализ показывает, что личностно-ориентированный подход при коррекции нарушений речи - главное условие в работе.

И поэтому последовательность коррекции звукопроизношения у каждого ребенка будет сугубо индивидуальна.

Следовательно личностно-ориентированный подход заключается не только в знании коррекции звукопроизношения, но и в умении правильно диагностировать различные речевые нарушения, в умении видеть индивидуальные особенности дефекта, и личностные качества каждого конкретного ребенка.

При комплексном обследовании детей мною были обнаружены явления, которые подтвердили органическое поражение центральной нервной системы. Это выражалось в наличии минимальной мозговой дисфункции, в наличии очаговой неврологической симптоматики... Почти все эти дети состояли на учете у невропатолога с диагнозами: черепно-мозговые травмы, энцефалопатия, гипертензионный синдром и др.

Однако я выявила существенные различия, которые проявляются не только со стороны неврологического статуса, но и в психическом и в речевом отношении. Это отражено в таблице:

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСЛАЛИЙ И ДИЗАРТРИИ.

сравнительные параметры	ДИСЛАЛИЯ	ДИЗАРТРИЯ
этиология	функциональная форма: ранние инфекционные заболевания, вызывающие общую задержку в развитии. * Неблагоприятное речевое окружение (диалекты, архаизмы).	тяжелые природовые травмы, мозговые заболевания (менингиты, энцефалиты, интоксикации).
физический статус	почти не отстают в физическом развитии.	значительно отстают в физическом развитии.
	Грубых изменений в состоянии внутренних органов не наблюдается	

неврологический статус *	грубых поражений центральной нервной системы нет. Чаще имеет место нарушение вегетативной нервной системы	наличие неврологической симптоматики с наличием парезов, гиперкинезов, с вовлечением в процесс 5,7,9,10,12 пар черепномозговых нервов.
психический статус	со стороны психики в основном отклонений от возрастной нормы нет. Эмоционально-волевая сфера и характер страдают лишь в отдельных случаях.	очень часто встречаются задержки психического развития по органическому типу, а иногда олигофрении. Наблюдается трудное поведение с неустойчивым настроением, сопровождающимся плачем,
нарушения речи	страдает только фонетическая сторона речи.	поражение черепно-мозговых нервов обуславливает фонетические дефекты речи, неправильность дыхания, пульса, слюноотечения, жевания, а так же голоса.

Клинически различают паретичную, спастическую, гиперкинетическую, смешанную и стертую формы детских псевдобульбарных параличей.

Стертым формам детских псевдобульбарных параличей почти все авторы уделяли особое внимание. При этих формах нарушения нервной системы выражаются, главным образом, в неловкости, в недостаточной "ручной умелости", незначительных изменениях речи, но даже такие незначительные нарушения речи, как монотонность, прерывистость, неотчетливость звукопроизношения могут мешать в некоторых случаях развитию детской речи в целом, правильному развитию таких функций, как чтение и письмо, и поэтому ведут иногда ко вторичной задержке развития интеллекта ребенка.

Сказанное делает понятным необходимость своевременной ранней диагностики и преодоления стертых форм детского псевдобульбарного паралича. Для выявления этих форм имеет значение хорошо собранный ранний анамнез. Я выяснила, когда и как ребенок взял грудь, как он сосал, не поперхивался ли, не слишком ли быстро уставал сосать, как он кричал - очень слабо, хрипло, с гнусавым оттенком и.т.п. Важно установить, был ли у ребенка лепет, какого характера, как происходило развитие речи.

Основную роль в диагностике стертых форм детской псевдобульбарной

дизартрии играют специальные целенаправленные приемы исследования, выявляющие стертые парезы, изменения тонуса и гиперкинезы в мимической и артикуляционной мускулатуре.

В ходе обследования этих детей я заметила, что общей характерной чертой для всех многообразных проявлений дизартрии является смытость, стертость, монотонность артикуляции

У детей с дизартрией отмечается монотония, брадиартрия. Нередко недостаточность артикуляции и бедность модуляции голоса дети замещают усиленной громкостью речи. Они словно выталкивают отдельные ударные слоги или особо значимые слова, и речь получает эксплозивный характер, очень быстро наступает утомление.

Своеобразие артикуляционных нарушений при дизартрии зависит от того, какие мышцы пострадали. Если преобладает парез 12 пары черепно-мозговых нервов, наблюдается нарушение артикулирования язычных звуков, причём могут быть дифференцированные нарушения, когда сохранность артикулирования переднеязычных звуков совмещается с отсутствием заднеязычных и наоборот. Парез губной мускулатуры приводит к нарушению артикуляции всех губных звуков в различной степени. Иногда может быть сохранено произношение изолированных губных звуков, а в речевом потоке моторная дифференциация губных звуков отсутствует. Паретическое состояние нёбной мускулатуры отражается на произношении всех звуков речи, кроме носовых.

Таким образом, проанализировав всё вышесказанное можно прийти к следующим выводам:

1 . Для выявления лёгких форм детской псевдобульбарной дизартрии имеет значение хорошо собранный ранний анамнез (данные шкалы Апгар, когда ребёнок взял грудь, как сосал, какой крик был у ребёнка и.т.д.).

2. Ребёнка, имеющего дизартрию выдаёт " диагноз на лице", который виден визуально, без специального обследования. Прежде всего это маловыразительная мимика, лицо амимично, наблюдается сглаженность носогубных складок, рот часто приоткрыт из-за пареза круговой мышцы. Возможна асимметрия черепа, лица, рта. Наблюдается дискоординация общей моторики, ручного и орального праксиса, в результате - смазанность произношения; трудности при рисовании, письме, при овладении культурно-гигиеническими навыками: долго едят, неопрятны, с трудом застёгивают пуговицы, шнуруют обувь. Их характеризует быстрая утомляемость, истощаемость нервной системы, низкая работоспособность.

3., Знание неврологических основ логопедии поможет педагогу-логопеду осмысленно

Наиболее часто встречаемой формой дизартрии является псевдобульбарная дизартрия (96%). Знание неврологических основ этого дефекта поможет специалистам осмысленно осуществить подбор коррекционной методики. Псевдобульбарную форму дизартрии дифференцируют по степени поражения.

Таблица 3

ПОКАЗАТЕЛЬ	ДИЗАРТРИЯ 3	ДИЗАРТРИЯ 2	ДИЗАРТРИЯ 1
Номер черепно-мозговых нервов 3,4,6 пара.	Грубых параличей нет. Возможен од-посторонний вариант косоглазия или слабость отводящего	Косоглазие, возможно двухстороннее. Слабая аккомодация Незначительный птоз (опущение века).	Наблюдается двух стороннее сходящееся косоглазие. Зрачковая реакция недостаточная. Явный
5 пара ч.м.н. - тройничный нерв обеспечивает активность жевательной	Акт жевания затруднен, замедлен. Пищу ребенок отпавляет за щеку и длительно сосет	Акт жевания крайне затруднен. Пища скапливается во рту. Ребенок может подавиться. Затруднен акт глотания.	Акт жевания практически не возможен. Ребенок может употреблять только протертую пищу
7 пара ч.м.н.- лицевой контроль, который обеспечивает иннервацию мимики лица мускулатуру губ, щек, шеи	Отмечается сглаженность носогубных складок, реже одной. Произвольные движения смазаны. Артикуляция вялая. *	Артикуляция чрезвычайно вялая. Носогубные складки отсутствуют, реже еле намечены с одной стороны (чаще слева). Легкая асимметрия лица.	Лицевая мускулатура практически неподвижна. Лицо маскообразное. Стойкая асимметрия лица, губ, рта; парез круговой мышцы. Рот в покое открыт.

<p>9 пара ч.м.н. - языкоглоточный нерв иннервирует мягкое небо, корень языка, частично - * голосовые связки, над-</p>	<p>Точные движения языка затруднены, смазаны. Возможна незначительная назализация, дисфония. Голосоподача мягкая</p>	<p>Голосоподача жесткая. Голос затухающий. Ясная дисфония. Слабый небноглоточный затвор, в результате - назализация. Девиация языка, язык беспокойный. Легкие гиперкинезы.</p>	<p>Голос слабый, прерывистый до полного исчезновения или резкий. Причина - неравномерность смыкания голосовых связок. Язык колообразный. Стойкая асимметрия возможна</p>
<p>12 пара ч.м.н. ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ нерв обеспечивает тонкие дифференцированные движения языка</p>	<p>1. Язык по средней линии. 2. Кончик языка сформирован, ярко выражен. 3. Дифференцированные движения кончика языка затруднены. 4. Из-за пареза повышена утомляемость, отмечается слабость мышц языка. 5- Цианичность языка.</p>	<p>Язык широкий, недос- таточно подвижен, кончик плохо выражен. Отмечается девиация отсутствует точн. движений. Наблюдается частичный парез, боковой-провоцирует боковой сигматизм; парез кончика языка- призубный, сочетание с парезом губ-ведет к межзубному сигматизму.</p>	<p>Язык массивный, толстый, колообразный; подвижность затруднена, ребенок "еле ворочает языком". Возможна атрофия. Стойкая асимметрия, цианичность. Гиперкинезы нас только сильны, что делают речь невозможной.</p>

Все это помогло нам правильно квалифицировать дефект, понять его структуру, этиологию, механизмы, патогенез и выбрать наиболее оптимальную, адекватную коррекционную методику с учетом резервных компенсаторных возможностей каждого ребёнка в отдельности, что обеспечит личностно-ориентированный подход при коррекции речи.

Дифференциальная диагностика позволила нам уточнить диагноз и

осуществить выбор адекватной коррекционной методики. Коррекционную работу мы осуществляем в тесном контакте со всеми специалистами (логопед, воспитатель, музыкальный работник, психолог, массажист).