**Дизартрия.** **Система коррекционно-педагогической работы**

**Дизартрия** — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.

**Дизартрия** — термин латинский, в переводе означает расстройство членораздельной речи — произношения (дис — нарушение признака или функции, артрон — сочленение). При определении дизартрии большинство авторов не исходят из точного значения этого термина, а трактуют его более широко, относя к дизартрии расстройства артикуляции, голосообразования, темпа, ритма и интонации речи.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, «смазанная речь», в более тяжелых наблюдаются искажения, замены и пропуски звуков, страдает темп, выразительность, модуляция, в целом произношение становится невнятным.

При тяжелых поражениях центральной нервной системы речь становится невозможной из-за полного паралича речедвигательных мышц. Такие нарушения называются анартрией (а — отсутствие данного признака или функции, артрон — сочленение).

Дизартрические нарушения речи наблюдаются при различных органических поражениях мозга, которые у взрослых имеют более выраженный очаговый характер. У детей частота дизартрии прежде всего связана с частотой перинатальной патологии, (поражением нервной системы плода и новорожденного). Наиболее часто дизартрия наблюдается при детском церебральном параличе.

Менее выраженные формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших легкую асфиксию или родовую травму или имеющих в анамнезе влияние других нерезко выраженных неблагоприятных воздействий во время внутриутробного развития или в период родов. Нередко дизартрия наблюдается и в клинике осложненной олигофрении.

**Патогенез** дизартрии определяется органическим поражением центральной и периферической нервной системы под влиянием различных неблагоприятных внешних (экзогенных) факторов, воздействующих во внутриутробном периоде развития, в момент родов и после рождения. Среди причин важное значение имеют асфиксия и родовая травма, поражение нервной системы при гемолитической болезни, инфекционные заболевания нервной системы, черепно-мозговые травмы, реже — нарушения мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, пороки развития нервной системы, например врожденная аплазия ядер черепно-мозговых нервов (синдром Мебиуса), а также наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем.

**Клинико-физиологические аспекты** дизартрии определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Анатомическая и функциональная взаимосвязь в расположении и развитии двигательных и речевых зон и проводящих путей определяет частое сочетание дизартрии с двигательными нарушениями различного характера и степени выраженности.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи. К таким структурам относятся:

• периферические двигательные нервы к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щек, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки);

• ядра этих периферических двигательных нервов, расположенных в стволе головного мозга;

• ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющие элементарные эмоциональные безусловнорефлекторные речевые реакции типа плача, смеха, вскрикивания, отдельных эмоционально-выразительных восклицаний и др.

Поражение перечисленных структур дает картину периферического паралича (пареза): нервные импульсы к речевым мышцам не поступают, обменные процессы в них нарушаются, мышцы становятся вялыми, дряблыми, наблюдается их атрофия и атония, в результате перерыва спинальной рефлекторной дуги рефлексы с этих мышц исчезнут, наступает арефлексия.

Двигательный механизм речи обеспечивается также более высоко расположенными следующими мозговыми структурами:

• подкорково-мозжечковыми ядрами и проводящими путями, которые осуществляют регуляцию мышечного тонуса и последовательность мышечных сокращений речевой мускулатуры, синхронность (координированность) в работе артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата, а также эмоциональную выразительность речи. При поражении этих структур наблюдаются отдельные проявления центрального паралича (пареза) с нарушениями мышечного тонуса, усилением отдельных безусловных рефлексов, а также с выраженным нарушением просодических характеристик речи — ее темпа, плавности, громкости, эмоциональной выразительности и индивидуального тембра;

• проводящими системами, обеспечивающими проведение импульсов от коры мозга к структурам нижележащих функциональных уровней двигательного аппарата речи (к ядрам черепно-мозговых нервов, расположенных в стволе головного мозга). Поражение этих структур вызывает центральный парез (паралич) речевой мускулатуры с повышением мышечного тонуса в мышцах речевого аппарата, усилением безусловных рефлексов и появлением рефлексов орального автоматизма с более избирательным характером артикуляторных расстройств;

• корковыми отделами головного мозга, обеспечивающими как более дифференцированную иннервацию речевой мускулатуры, так и формирование речевого праксиса. При поражении этих структур возникают различные центральные моторные расстройства речи.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ДИЗАРТРИИ**

В ее основу положены принцип локализации, синдромологический подход, степень понятности речи для окружающих. Наиболее распространенная классификация в отечественной логопедии создана с учетом неврологического подхода на основе уровня локализации поражения двигательного аппарата речи (О. В. Правдива и др.).

Различают следующие **формы дизартрии:** бульбарную, псевдобульбарную, экстрапирамидную (или подкорковую), мозжечковую, корковую.

Наиболее сложной и спорной в этой классификации является корковая дизартрия. Существование ее признается не всеми авторами. У взрослых больных в ряде случаев корковую дизартрию иногда смешивают с проявлением моторной афазии. Спорный вопрос о корковой дизартрии в значительной степени связан с терминологической неточностью и отсутствием одной точки зрения на механизмы моторной алалии и афазии.

Согласно точке зрения Е. Н. Винарской (1973), понятие корковой дизартрии является собирательным. Автор допускает существование различных ее форм, обусловленных как спастическим парезом артикуляционных мышц, так и апраксией. Последние формы обозначаются как апраксическая дизартрия.

На основе синдромологического подхода выделяют следующие формы дизартрии применительно к детям с церебральным параличом: спастико-паретическую, спастико-ригидную, спастико-гиперкинетическую, спастико-атактическую, атактико-гиперкинетическую (И. И. Панченко, 1979).

Такой подход частично обусловлен более распространенным поражением мозга у детей с церебральным параличом и в связи с этим преобладанием осложненных ее форм.

Синдромологическая оценка характера нарушений артикуляционной моторики представляет значительную сложность для неврологической диагностики, особенно когда эти нарушения проявляются без четких двигательных расстройств. Поскольку в основе этой классификации лежит тонкая дифференциация различных неврологических синдромов, она не может быть проведена логопедом. Кроме того, для ребенка, в частности для ребенка с церебральным параличом, характерна смена неврологических синдромов под влиянием терапии и эволютивной динамики развития, в связи с чем классификация дизартрии по синдромологическому принципу также представляет определенные трудности.

Однако в ряде случаев при тесной взаимосвязи в работе логопеда и врача-невропатолога может быть целесообразным сочетание обоих подходов к выделению различных форм дизартрии. Например: осложненная форма псевдобульбарной дизартрии; спастико-гиперкинетический или спастико-атактический синдром и т. д.

Классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом. G. Tardier (1968) применительно к детям с церебральным параличом. Автор выделяет **четыре степени тяжести** речевых нарушений у таких детей.

**Первая**, самая легкая степень, когда нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка.

**Вторая** — нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих.

**Третья** — речь понятна только близким ребенка и частично для окружающих.

**Четвертая**, самая тяжелая — отсутствие речи или речь почти непонятна даже близким ребенка (анартрия).

Под анартрией понимается полное или частичное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц. По тяжести проявлений анартрия может быть различной: тяжелая — полное отсутствие речи и голоса; среднетяжелая — наличие только голосовых реакций; легкая — наличие звукослоговой активности (И. И. Панченко, 1979).

**ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИЗАРТРИИ**

**Корковая дизартрия** представляет собой группу моторных расстройств речи разного патогенеза, связанных с очаговым поражением коры головного мозга.

Первый вариант корковой дизартрии обусловлен односторонним или чаще двусторонним поражением нижнего отдела передней центральной извилины. В этих случаях возникает избирательный центральный парез мышц артикуляционного аппарата (наиболее часто языка). Избирательный корковый парез отдельных мышц языка приводит к ограничению объема наиболее тонких изолированных движений: движения кончика языка вверх. При этом варианте нарушается произношение переднеязычных звуков.

Для диагностики корковой дизартрии необходим тонкий нейролингвистический анализ, позволяющий определить, какие из переднеязычных звуков страдают в каждом конкретном случае и каков механизм их нарушений.

При первом варианте корковой дизартрии среди переднеязычных звуков в первую очередь нарушается произношение так называемых какуминальных согласных, которые образуются при поднятом и слегка загнутом вверх кончике языка (ш, ж, р). При тяжелых формах дизартрии они отсутствуют, при более легких — заменяются другими переднеязычными согласными, наиболее часто дорсальными, при произнесении которых передняя часть спинки языка поднимается горбом к нёбу (с, з, с, з, т, д, к).

Трудными для произношения при корковой дизартрии являются и апикальные согласные, образующиеся при сближении или смычке кончика языка с верхними зубами или альвеолами (л).

При корковой дизартрии может нарушаться также произношение согласных по способу их образования: смычных, щелевых и дрожащих. Наиболее часто — щелевых (л, л).

Характерно избирательное повышение мышечного тонуса, главным образом в мышцах кончика языка, что еще более ограничивает его тонкие дифференцированные движения.

В более легких случаях нарушается темп и плавность этих движений, что проявляется в замедленном произнесении переднеязычных звуков и слогов с этими звуками.

Второй вариант корковой дизартрии связан с недостаточностью кинестетического праксиса, что наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного (обычно левого) полушария мозга в нижних постцентральных отделах коры.

В этих случаях страдает произношение согласных звуков, особенно шипящих и аффрикатов. Нарушения артикуляции непостоянны и неоднозначны. Поиск нужного артикуляционного уклада в момент речи замедляет ее темп и нарушает плавность.

Отмечается трудность ощущения и воспроизведения определенных артикуляционных укладов. Наблюдается недостаточность лицевого гнозиса: ребенок затрудняется в четкой локализации точечного прикосновения к определенным участкам лица, особенно в области артикуляционного аппарата.

Третий вариант корковой дизартрии связан с недостаточностью динамического кинетического праксиса, это наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного полушария в нижних отделах премоторных областей коры. При нарушениях кинетического праксиса затруднено произнесение сложных аффрикатов, которые могут распадаться на составные части, наблюдаются замены щелевых звуков на смычные (з — д), пропуски звуков в стечениях согласных, иногда с избирательным оглушением звонких смычных согласных. Речь напряженная, замедленная.

Отмечаются трудности при воспроизведении серии последовательных движений по заданию (по показу или по словесной инструкции).

При втором и третьем вариантах корковой дизартрии особенно затруднена автоматизация звуков.

**Псевдобульбарная дизартрия** возникает при двустороннем поражении двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола.

Для псевдобульбарной дизартрии характерно повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре по типу спастичности — спастическая форма псевдобульбарной дизартрии. Реже на фоне ограничения объема произвольных движений наблюдается незначительное повышение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах или понижение мышечного тонуса — паретическая форма псевдобульбарной дизартрии. При обеих формах отмечается ограничение активных движений мышц артикуляционного аппарата, в тяжелых случаях — почти полное их отсутствие.

При отсутствии или недостаточности произвольных движений отмечается сохранность рефлекторных автоматических движений, усиление глоточного, нёбного рефлексов, а также в ряде случаев сохранение рефлексов орального автоматизма. Имеются синкинезии. Язык при псевдобульбарной дизартрии напряжен, оттянут кзади, спинка его закруглена и закрывает вход в глотку, кончик языка не выражен. Произвольные движения языка ограничены, ребенок обычно может высунуть язык из полости рта, однако амплитуда этого движения ограничена, он с трудом удерживает высунутый язык по средней линии; язык отклоняется в сторону или опускается на нижнюю губу, загибаясь к подбородку.

Боковые движения высунутого языка отличаются малой амплитудой, замедленным темпом, диффузным перемещением всей его массы, кончик при всех его движениях остается пассивным и обычно напряженным.

Особенно трудным при псевдобульбарной дизартрии является движение высунутого языка вверх с загибанием его кончика к носу. При выполнении движения видно повышение мышечного тонуса, пассивность кончика языка, а также истощаемость движения.

Во всех случаях при псевдобульбарной дизартрии нарушаются в первую очередь наиболее сложные и дифференцированные произвольные артикуляционные движения. Непроизвольные, рефлекторные движения обычно сохранны. Так, например, при ограниченности произвольных движений языка ребенок во время еды облизывает губы; затрудняясь в произнесении звонких звуков, ребенок их производит в плаче, он громко кашляет, чихает, смеется.

При паретической псевдобульбарной дизартрии страдает произношение смычных губных звуков, требующих достаточных мышечных усилий, особенно двугубных (п, б, м) язычно-альвеолярных, а также нередко и ряда гласных звуков, особенно тех, которые требуют подъема спинки языка вверх (и, ы, у). Отмечается носовой оттенок голоса. Мягкое нёбо провисает, подвижность его при произношении звуков ограничена.

Речь при паретической форме псевдобульбарной дизартрии медленная, афоничная, затухающая, плохо модулированная, выражены слюнотечение, гипомимия и амимия лица. Часто имеет место сочетание спастической и паретической форм, т. е. наличие спастико-паретического синдрома.

**Бульбарная дизартрия** представляет собой симптомокомплекс речедвигательных расстройств, развивающихся в результате поражения ядер, корешков или периферических отделов VII, IX, X и XII черепно-мозговых нервов. При бульбарной дизартрии имеет место периферический парез речевой мускулатуры. В детской практике наибольшее значение имеют односторонние избирательные поражения лицевого нерва при вирусных заболеваниях или при воспалениях среднего уха. В этих случаях развиваются вялые параличи мышц губ, одной щеки, что приводит к нарушениям и нечеткости артикуляции губных звуков. При двусторонних поражениях нарушения звукопроизношения наиболее выражены. Грубо искажается произношение всех губных звуков по типу приближения их к единому глухому щелевому губно-губному звуку. Все смычные согласные также приближаются к щелевым, а переднеязычные — к единому глухому плоскощелевому звуку, звонкие согласные оглушаются. Эти нарушения произношения сопровождаются назализацией.

Разграничение бульбарной дизартрии от паретической псевдобульбарной проводится в основном по следующим критериям:

• характер пареза или паралича речевой мускулатуры (при бульбарной — периферической, при псевдобульбарной — центральный);

• характер нарушения речевой моторики (при бульбарной нарушены произвольные и непроизвольные движения, при псевдобульбарной — преимущественно произвольные);

• характер поражения артикуляционной моторики (при бульбарной дизартрии — диффузный, при псевдобульбарной — избирательный с нарушением тонких дифференцированных артикуляционных движений);

• специфика нарушений звукопроизношения (при бульбарной дизартрии артикуляция гласных приближается к нейтральному звуку, при псевдобульбарной — отодвинута назад; при бульбарной — гласные и звонкие согласные оглушены, при псевдобульбарной — наряду с оглушением согласных наблюдается их озвончение);

• при псевдобульбарной дизартрии даже при преобладании паретического варианта в отдельных мышечных группах отмечаются элементы спастичности.

**Экстрапирамидная дизартрия.** Экстрапирамидная система автоматически создает тот фон преду готовности, на котором возможно осуществление быстрых, точных и дифференцированных движений. Она имеет важное значение в регуляции мышечного тонуса, последовательности, силы и двигательности мышечных сокращений, обеспечивает автоматизированное, эмоционально выразительное выполнение двигательных актов.

Нарушения звукопроизношения при экстрапирамидной дизартрии определяются:

• изменениями мышечного тонуса в речевой мускулатуре;

• наличием насильственных движений (гиперкинезов);

• нарушениями проприцептивной афферентации от речевой мускулатуры;

• нарушениями эмоционально-двигательной иннервации. Объем движений в мышцах артикуляционного аппарата при экстрапирамидной дизартрии, в отличие от псевдобульбарной, может быть достаточным. Особые трудности ребенок испытывает в сохранении и ощущении артикуляционной позы, что связано с постоянно меняющимся мышечным тонусом и насильственными движениями. Поэтому при экстрапирамидной дизартрии часто наблюдается кинестетическая диспраксия. В спокойном состоянии в речевой мускулатуре могут отмечаться легкие колебания мышечного тонуса (дистония) или некоторое его снижение (гипотония), при попытках к речи в состоянии волнения, эмоционального напряжения наблюдаются резкие повышения мышечного тонуса и насильственные движения. Язык собирается в комок, подтягивается к корню, резко напрягается. Повышение тонуса в мышцах голосового аппарата и в дыхательной мускулатуре исключает произвольное подключение голоса, и ребенок не может произнести ни одного звука.

При менее выраженных нарушениях мышечного тонуса речь смазанная, невнятная, голос с носовым оттенком, резко нарушена просодическая сторона речи, ее интонационно-мелодическая структура, темп. Эмоциональные оттенки в речи не выражены, речь монотонная, однообразная, немодулированная. Наблюдается затухание голоса, переходящее в неясное бормотание.

Особенностью экстрапирамидной дизартрии является отсутствие стабильных и однотипных нарушений звукопроизношения, а также большая сложность в автоматизации звуков.

Экстрапирамидная дизартрия нередко сочетается с нарушениями слуха по типу нейросенсорной тугоухости, при этом прежде всего страдает слух на высокие тона.

**Мозжечковая дизартрия.** При этой форме дизартрии имеет место поражение мозжечка и его связей с другими отделами центральной нервной системы, а также лобно-мозжечковых путей.

Речь при мозжечковой дизартрии замедленная, толчкообразная, скандированная, с нарушенной модуляцией ударений, затуханием голоса к концу фразы. Отмечается пониженный тонус в мышцах языка и губ, язык тонкий, распластанный в полости рта, подвижность его ограничена, темп движений замедлен, отмечается трудность удержания артикуляционных укладов и слабость их ощущений, мягкое нёбо провисает, жевание ослаблено, мимика вялая. Движения языка неточные, с проявлениями гипер- или гипометрии (избыточности или недостаточности объема движения). При более тонких целенаправленных движениях отмечается мелкое дрожание языка. Выражена назализация большинства звуков.

Дифференциальная диагностика дизартрии проводится в двух направлениях: отграничение дизартрии от дислалии и от алалии.

Отграничение от дислалии проводится на основании выделения трех ведущих синдромов (синдромы артикуляторных, дыхательных и голосовых расстройств), наличия не только нарушения звукопроизношения, но и расстройств просодической стороны речи, специфических нарушений звукопроизношения с трудностью автоматизации большинства звуков, а также с учетом данных неврологического обследования (наличие признаков органического поражения ЦНС) и особенностей анамнеза (указания на наличие перинатальной патологии, особенности доречевого развития, крика, голосовых реакций, сосания, глотания, жевания и т. д.).

Отграничение от алалии проводится на основе отсутствия первичных нарушений языковых операций, что проявляется в особенностях развития лексико-грамматической стороны речи.

**СИСТЕМА КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

Тесная взаимосвязь развития речи, сенсорных функций, моторики и интеллекта определяет необходимость коррекции нарушений речи при дизартрии у детей в сочетании со стимуляцией развития всех ее сторон, сенсорных и психических функций, осуществляя тем самым формирование речи как целостной психической деятельности.

Система логопедического воздействия при дизартрии имеет комплексный характер: коррекция звукопроизношения сочетается с формированием звукового анализа и синтеза, развитием лексико-грамматической стороны речи и связного высказывания. Спецификой работы является сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.

Успех логопедических занятий во многом зависит от их раннего начала и систематичности проведения.

**Работа над звукопроизношением строится с учетом следующих положений:**

1. Зависимость от формы дизартрии, уровня речевого развития и возраста ребенка.

2. Развитие речевой коммуникации. Формирование звукопроизношения должно быть направлено на развитие коммуникации, школьной и социальной адаптации ребенка.

3. Развитие мотивации, стремления к преодолению имеющихся нарушений, развитие самосознания, самоутверждения, саморегуляции и контроля, чувства собственного достоинства и уверенности в своих силах.

4. Развитие дифференцированного слухового восприятия и звукового анализа.

5. Усиление перцепции артикуляционных укладов и движений путем развития зрительно-кинестетических ощущений.

6. Поэтапность. Начинают с тех звуков, артикуляция которых у ребенка более сохранная. Иногда звуки выбирают по принципу более простых моторных координации, но обязательно с учетом структуры артикуляционного дефекта в целом, в первую очередь работают над звуками раннего онтогенеза.

7. При тяжелых нарушениях, когда речь полностью не понятна для окружающих, работа начинается с изолированных звуков и со слогов. Если речь ребенка относительно понятна и в отдельных словах он может произносить дефектные звуки правильно, работа начинается с этих «ключевых» слов. Во всех случаях необходима автоматизация звуков во всех контекстах и в различных речевых ситуациях.

8. У детей с поражением центральной нервной системы важное значение имеет предупреждение тяжелых нарушений звукопроизношения путем систематической логопедической работы в доречевом периоде.

**Логопедическая работа при дизартрии проводится поэтапно.**

**Первый этап**, подготовительный — основные его цели: подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, у ребенка раннего возраста — воспитание потребности в речевом общении, развитие и уточнение пассивного словаря, коррекция дыхания и голоса.

Важной задачей на этом этапе является развитие сенсорных функций, особенно слухового восприятия и звукового анализа, а также восприятия и воспроизведения ритма.

Методы и приемы работы дифференцируются в зависимости от уровня развития речи. При отсутствии речевых средств общения у ребенка стимулируют начальные голосовые реакции и вызывают звукоподражания, которым придают характер коммуникативной значимости.

Логопедическая работа проводится на фоне медикаментозного воздействия, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа.

**Второй этап** — формирование первичных коммуникативных произносительных навыков. Основная его цель: развитие речевого общения и звукового анализа. Проводится работа по коррекции артикуляционных нарушений: при спастичности — расслабление мышц артикуляционного аппарата, выработка контроля над положением рта, развитие артикуляционных движений, развитие голоса; коррекция речевого дыхания; развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса.

Работа по расслаблению мышц артикуляционного аппарата начинается с общего мышечного расслабления, расслабления шейной, грудной мускулатуры, мышц рук. Затем проводится расслабляющий массаж мышц лица. Движения начинаются с середины лба по направлению к вискам. Они производятся легкими поглаживающими равномерными движениями кончиками пальцев в медленном темпе.

Расслабляющий массаж проводится дозированно, распространяется только на те области лица, где имеется повышение мышечного тонуса, в группах же мышц вялых, ослабленных применяется тонизирующий, укрепляющий массаж.

Вторым направлением расслабляющего массажа лица является движение от бровей к волосистой части головы. Движения проводятся равномерно обеими руками с двух сторон.

Третьим направлением движения является движение вниз от линии лба, через щеки к мышцам шеи и плеча.

Затем приступают к расслаблению мышц губ. Логопед помещает свои указательные пальцы на точку, находящуюся между серединой верхней губы и углом рта с обеих сторон. Движения идут к средней линии, так что верхняя губа собирается в вертикальную складку. Такое же движение проделывается с нижней губой, затем с обеими губами вместе.

В следующем упражнении указательные пальцы логопеда помещаются в то же положение, но движения идут вверх по верхней губе, обнажая верхние десны, и вниз по нижней губе, обнажая нижние десны.

Затем указательные пальцы логопеда помещаются в углы рта и губы растягиваются (как при улыбке). Обратным движением с образованием морщинок губы возвращаются в исходное положение.

Эти упражнения проводятся при различном положении рта: рот закрыт, приоткрыт, полуоткрыт, широко открыт.

После расслабления, а при низком тонусе — после укрепляющего массажа губ тренируют их пассивно-активные движения. Ребенка учат захватывать и удерживать губами леденцы, палочки различного диаметра, учат пить через соломинку.

После общего мышечного расслабления и описанных выше упражнений приступают к тренировке мышц языка. При их расслаблении важно учитывать, что они тесно связаны с мышцами нижней челюсти. Поэтому движение вниз в полости рта спастически приподнятого языка проще всего достигается при одновременном движении вниз нижней челюсти (открывание рта). Детям школьного возраста подобные упражнения предлагаются в виде аутотренинга: «Я спокоен, совершенно расслаблен, язык спокойно лежит во рту Медленно опускаю его вниз, когда опускается нижняя челюсть».

Если этих приемов недостаточно, то полезно на кончик языка положить кусочек стерильной марли или стерильную пробку. Возникающее тактильное ощущение помогает ребенку понять, что что-то мешает свободным движениям языка, т. е.ощутить состояние спастичности. После этого логопед шпателем или языковым депрессором производит легкие горизонтальные нажимы.

Следующим приемом являются легкие плавные покачивающие движения языка в стороны. Логопед осторожно захватывает язык кусочком марли и плавно ритмично двигает его в стороны. Постепенно пассивная помощь логопеда уменьшается, и ребенок сам начинает выполнять эти упражнения. Массаж проводит специалист (ЛФК), однако элементы его используются логопедом, родителями под обязательным контролем врача, с соблюдением необходимых гигиенических правил.

Выработка контроля за положением рта. Отсутствие контроля за положением рта у детей с дизартрией значительно затрудняет развитие произвольных артикуляционных движений. Обычно рот у ребенка приоткрыт, выражено слюнотечение.

Первый этап работы — упражнения для губ, способствующие их расслаблению и усилению тактильных ощущений в сочетании с пассивным закрыванием рта ребенка. Внимание фиксируется на ощущении закрытого рта, ребенок видит это положение в зеркале.

На втором этапе закрывание рта производится пассивно-активным путем. Вначале ребенку легче закрыть рот в положении наклона головы и легче его открыть в положении слегка запрокинутой головы. На начальных этапах работы используются эти облегченные приемы. Переход от пассивных движений открывания рта к активным становится возможным через рефлекторное зевание.

На третьем этапе тренируют активное открывание и закрывание рта по словесной инструкции: «Открой рот широко», «Вытяни губы вперед», «Собери губы в трубочку и возврати их в исходную позицию».

Предлагаются различные задания по имитации положения рта, представленного на картинках. Постепенно упражнения несколько усложняются: ребенка просят дуть через расслабленные губы, производить вибрационные движения.

**Выводы и проблемы**

Структура дефекта при дизартрии включает нарушение звукопроизносительной и просодической сторон речи, обусловленное органическим повреждением речедвигательных механизмов центральной нервной системы. Нарушения звукопроизношения при дизартрии зависят от тяжести и характера поражения.

Основными клиническими признаками дизартрии являются:

• нарушения мышечного тонуса в речевой мускулатуре;

• ограниченная возможность произвольных артикуляционных движений из-за параличей и парезов мышц артикуляционного аппарата;

• нарушения голосообразования и дыхания. Основными признаками псевдобульбарной дизартрии являются: повышение тонуса в артикуляционной мускулатуре, ограничение движений губ, языка, мягкого нёба, усиленное слюнотечение, нарушения дыхания и голоса. Дети плохо жуют, глотают, поперхиваются при еде. Речь смазанная, малопонятная, интонационно-невыразительная, монотонная, голос глухой, с носовым оттенком. Дизартрия нередко сочетается с недоразвитием других компонентов речевой системы (фонематического слуха, лексико-грамматической стороны речи). В зависимости от выраженности этих проявлений для логопедической практики крайне важно выделить несколько групп детей с дизартрией: с фонетическими нарушениями; фонетико-фонематическим недоразвитием; общим недоразвитием речи (указывается уровень речевого развития). При чисто фонетических (антропофонических) нарушениях основной задачей является коррекция звукопроизношения. При сочетании дизартрии с речевым недоразвитием осуществляется комплексная система логопедического воздействия, включающая фонетическую работу, развитие фонематического слуха, работу над словарем, грамматическим строем, а также специальные мероприятия, направленные на предупреждение или коррекцию нарушений письменной речи.

**Важными проблемами современного изучения дизартрии являются:**

• нейролингвистическое изучение различных форм дизартрии с учетом локализации поражения мозга;

• разработка приемов ранней неврологической и логопедической диагностики минимальных проявлений дизартрии у детей;

• совершенствование методов логопедической работы в доречевом периоде и в первые годы жизни с детьми, имеющими перинатальное поражение мозга, и с детьми группы риска;

• совершенствование методов логопедической работы с учетом формы дизартрии;

• усиление взаимосвязи в работе невропатолога и логопеда;

• расширение аспекта психолингвистического изучения дизартрии с точки зрения процесса порождения речи и нарушения реализации двигательной программы за счет несформированности операций внешнего оформления высказывания. Изучение взаимосвязи голосовых, темпо-ритмических, артикуляционно-фонетических и просодических расстройств с семантическими нарушениями при разных формах дизартрии повысит эффективность логопедического воздействия.