**Пример выполнения контрольной работы:**

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ

БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ДОНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Заочный факультет

КАФЕДРА «ДЕФЕКТОЛОГИЯ И ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ»

Контрольная работа по «**Комплексная терапия дизартрии и ринолалии**»

За \_\_\_\_\_\_\_\_\_курс

Студент: Ф.И.О. Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Шифр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер зачетной книжки)

Ростов-на-Дону

2021г.

**Контрольная работа по курсу «Комплексная терапия дизартрии и ринолалии»**

**Тема. Нарушения звукопроизношения у старших дошкольников с синдромом дизартрия.**

**Содержание**

Введение

1. Теоретические аспекты нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с синдромом дизартрия

1.1 Понятие «дизартрии»

1.2 Нарушение звукопроизношения: причины и характеристика проявлений дизартрии

1.3 Методы диагностики нарушений звукопроизношения при дизартрии

1.4 Система коррекционно-педагогической работы

Заключение

Список литературы

**Введение**

Дети с нарушениями речи - это дети, имеющие отклонения в развитии речи при нормальном слухе и сохранном интеллекте. Нарушения речи многообразны, они могут проявляться в нарушении произношения, грамматического строя речи, бедности словарного запаса, а также в нарушении темпа и плавности речи. По степени тяжести речевые нарушения можно разделить на те, которые не являются препятствием к обучению в массовой школе, и тяжелые нарушения, требующие специального обучения. Однако в массовых детских учреждениях дети с нарушениями речи также нуждаются в специальной помощи. Во многих «общеобразовательных» детских садах существуют логопедические группы, где детям оказывают помощь логопед и воспитатели со специальным образованием. Помимо коррекции речи с малышами занимаются развитием памяти, внимания, мышления, общей и мелкой моторики, обучают грамоте и математике.

Успех логопедических занятий в детском саду во многом зависит от того, насколько в семье способствуют закреплению полученных навыков правильной речи. При тяжелых нарушениях речи обучение детей в массовых детских учреждениях невозможно, поэтому существуют специальные детские сады и школы для детей с тяжелыми нарушениями речи. Основной признак тяжелого нарушения речи - резко выраженная ограниченность средств речевого общения при нормальном слухе и сохранном интеллекте. Дети, страдающие такими нарушениями, обладают скудным речевым запасом, некоторые совсем не говорят. Общение с окружающими в этом случае очень ограничено.

Несмотря на то, что большинство таких детей способны понимать обращенную к ним речь, сами они лишены возможности в словесной форме общаться с окружающими. Это приводит к тяжелому положению детей в коллективе: они полностью или частично лишены возможности участвовать в играх со сверстниками, в общественной деятельности. Развивающее влияние общения оказывается в таких условиях минимальным. Поэтому, несмотря на достаточные возможности умственного развития, у таких детей возникает вторичное отставание психики, что иногда дает повод неправильно считать их неполноценными в интеллектуальном отношении. Это впечатление усугубляется отставанием в овладении грамотой, в понимании арифметических задач. Характерно для тяжелых нарушений речи общее ее недоразвитие, что выражается в неполноценности как звуковой, так и лексической, грамматической сторон речи. Вследствие этого у большинства детей с тяжелыми нарушениями речи наблюдается ограниченность мышления, речевых обобщений, трудности в чтении и письме. Все это затрудняет усвоение основ наук, несмотря на первичную сохранность умственного развития.

Сознание своей неполноценности и бессилия в попытках общения часто приводит к изменениям характера: замкнутости, негативизму, бурным эмоциональным срывам.

В некоторых случаях наблюдаются апатия, равнодушие, вялость, неустойчивость внимания. Степень выраженности таких реакций зависит от условий, в которых находится ребенок. Если на его дефекте не фиксируют внимание, не подчеркивают неправильность его речи нетактичными замечаниями, стараются всемерно его понять и облегчить тяжелое положение в обществе, реактивных наслоений в личности ребенка наблюдается меньше. Обычно при правильном педагогическом подходе дети овладевают устной и письменной речью, усваивают необходимый объем знаний. Вместе с развитием речи как правило исчезают и вторичные изменения психики. Из тяжелых нарушений речи чаще всего встречаются алалия, афазия, ринолалия и различного типа дизартрии.

Дизартрия (от греч. dys – приставка, означающая расстройство, arthroo – членораздельно произношу) - нарушение произношения, обусловленное недостаточной иннервации речевого аппарата при поражениях заднелобных и подкорковых отделов мозга. При этом из–за ограничений подвижности органов речи (мягкого неба, языка, губ) затруднена артикуляция, но при возникновении во взрослом возрасте, как правило, не сопровождается распадом речевой системы. В детском же возрасте могут нарушаться чтение и письмо, а также и общее развитие речи.

Для коррекции дизартрии прежде всего необходимо установить тесный контакт с ребенком, внимательно, бережно относиться к нему. Обучение состоит в коррекции дефекта устной речи и подготовке к усвоению грамоты. При обучении арифметике особое внимание обращается на развитие понимания текста задач. Пути компенсации зависят от природы дефекта и индивидуальных особенностей ребенка.

Актуальность нашего исследования заключается в том, что в современное время количество детей с нарушениями звукопроизношения увеличивается и педагоги и родители должны знать, какие дефекты речи свидетельствуют о серьёзных её нарушениях, а какие просто являются возрастными нарушениями.

Проблема заключается в том, возможно ли при своевременной диагностике и коррекции компенсировать нарушение звукопроизношения у старших дошкольников с синдромом дизартрия.

**Задачи:**

1.Дать определение понятия дизартрия.

2.Изучить нарушения звукопроизношения: причины и характеристика.

3.Изучить методы диагностики нарушений звукопроизношений при дизартрии.

4.Проанализировать систему коррекционно-педагогической работы с дошкольниками с синдромом дизартрия.

5.Сформулировать выводы по теме исследования.

6.Разработать рекомендации для родителей и педагогов ДОУ.

**1. Теоретические аспекты нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с синдромом дизартрия**

**1.1 Понятие «дизартрии»**

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.

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

При тяжёлых 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 (поражения нервной системы плода и новорожденного). Наиболее часто дизартрия наблюдается при детском церебральном параличе, по данным различных авторов, от 65 до 80% (М.Б. Эйдинова и Е.Н. Правдина - Винарская; Е.М. Мастюкова,). Отмечается взаимосвязь между степенью тяжести и характером поражения двигательной сферы, частотой и тяжестью дизартрии. При наиболее тяжёлых формах церебрального паралича, когда отмечается поражение верхних и нижних конечностей и ребёнок практически остаётся обездвиженным (двойная гемиплегия), дизартрии (анартрии) наблюдается практически у всех детей.

Менее выраженные формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенёсших лёгкую асфиксию или родовую травму или имеющих в анамнезе влияние других нередко выраженных неблагоприятных воздействиях во время внутриутробного развития или в период родов. В этих случаях лёгкие (стёртые) формы дизартрии сочетаются с другими признаками минимальной мозговой дисфункции. Начальное изучение данной проблемы проводилось в основном невропатологами в рамках очаговых поражений мозга у взрослых больных [2, с.45.].

Дети с дизартрией по своей клинико-психологической характеристике представляют собой крайне неоднородную группу. При этом нет взаимосвязи между тяжестью дефекта и выраженностью психопатологических отклонений. Дизартрия, в том числе и тяжёлые её формы, могут наблюдаться у детей с сохранным интеллектом, а лёгкие «стёртые» её проявления- как у детей с сохранным интеллектом, так и у детей с нарушением интеллектуального развития. Дети с дизартрией по клинико-психологической характеристике могут быть условно разделены на несколько групп, в зависимости от их общего психофизического развития, к ним относятся:

дизартрия у детей с нормальным психофизическим развитием

дизартрия у детей с детским церебральным параличом

дизартрия у детей с олигофренией

дизартрия у детей с гидроцефалией

дизартрия у детей с задержкой психического развития

дизартрия у детей с ММД (минимальная мозговая дисфункция).

Эта форма дизартрии встречается наиболее часто среди детей специальных дошкольных и школьных учреждений. У них на ряду с недостаточностью звукопроизносительной стороны речи наблюдаются нередко выраженные нарушения внимания, памяти, интеллектуальной деятельности, эмоционально- волевой сферы, лёгкие двигательные расстройства и замедленное формирование ряда высших корковых функций. Двигательные нарушения проявляются обычно на более поздних сроках формирования двигательных функций, особенно таких, как развитие возможности самостоятельно садиться, ползать с попеременным одновременным выносом вперёд руки и противоположной ноги с лёгким поворотом головы и глаз в сторону вынесенной руки, холить, захватывать предметы кончиками пальцев и манипулировать с ними.

Эмоционально- волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. На первом году жизни такие дети беспокойны, много плачут, требуют к себе постоянного внимания. У них отмечаются нарушения сна, аппетита, предрасположенность к срыгиванию и рвотам, диатезу, желудочно-кишечным расстройствам. Такие дети как правило метеозависимы [1, с.67].

Чаще всего стёртая дизартрия диагностируется после пяти лет. Детям, чья симптоматика соответствует стёртой дизартрии, необходимо проконсультироваться у невролога для уточнения или подтверждения диагноза и для назначения адекватного лечения, так как при стёртой дизартрии методика коррекционной работы должна быть комплексной и включать в себя: медицинское воздействие, психолого-педагогическую помощь, логопедическую работу [2].

Таким образом, дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Нарушения звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы.

Двигательные нарушения проявляются обычно на более поздних сроках формирования двигательных функций, особенно таких, как развитие возможности самостоятельно садиться, ползать с попеременным одновременным выносом вперёд руки и противоположной ноги с лёгким поворотом головы и глаз в сторону вынесенной руки, холить, захватывать предметы кончиками пальцев и манипулировать с ними.

Чаще всего стёртая дизартрия диагностируется после пяти лет.

**1.2 Нарушение звукопроизношения: причины и характеристика проявлений дизартрии**

Очень часто возникают противоречия между неврологами и логопедами по поводу дизартрии. Если невролог не видит явных нарушений в функции черепно-мозговых нервов, он не может назвать нарушение речи дизартрией. Данный вопрос является, чуть ли не камнем преткновения между неврологами и логопедами. Это связано с тем, что невролог после постановки диагноза «дизартрия» обязан проводить серьёзную терапию по лечению стволовых нарушений, хотя таких нарушений (исключая дизартрию) вроде не заметно.

Продолговатый мозг ствола, так, же как и шейный отдел спинного мозга, зачастую испытывает в родах гипоксию. Это приводит к резкому уменьшению двигательных единиц в ядрах нервов, ответственных за артикуляцию. При неврологическом обследовании ребёнок адекватно выполняет все просьбы, но не может справиться должным образом с артикуляцией, потому что здесь необходимо выполнять сложные и быстрые движения, которые не под силу ослабленным мышцам [3].

Начальное изучение данной проблемы проводилось в основном невропатологами в рамках очаговых поражений. В настоящее время проблема дизартрии детского возраста интенсивно разрабатывается в клиническом, нейролингвистическом, психолого-педагогическом направлениях.

Патогенез дизартрии определяется органическими поражениями 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 врождённая аплазия ядер черепно-мозговых нервов (синдром Мебиуса), а также наследственные болезни нервной нервно- мышечной систем [2].

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, щёк, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки); - ядра этих периферических двигательных нервов, расположены в стволе головного мозга; ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющие элементарные эмоциональные безусловно-рефлекторные речевые реакции типа плача, смеха, вскрикивания, отдельных эмоционально-выразительных восклицаний и др.

Поражение перечислительных структур даёт картину периферического паралича (пареза): нервные импульсы к речевым мышцам не поступают, обменные процессы в их 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 носового 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 – её темпа, плавности, громкости, эмоциональной выразительности и индивидуального тембра; - проводящими системами, обеспечивающими проведением 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 проявлением 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 [3].

Основными признаками дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушением речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания. При дизартрии, в отличии от дислалии, может нарушаться произношение как согласных, так и гласных звуков. Нарушения гласных классифицируется по рядам и подъёмам, нарушения согласных по нескольким основным признакам: наличию и отсутствию вибрации голосовых складок; способу и месту артикуляции; наличию и отсутствию дополнительного подъёма спинки языка к твёрдому нёбу [1].

Для раннего выявления стёртой дизартрии и правильной организации комплексного воздействия необходимо знать симптомы и причины возникновения, характеризующие это нарушение.

Причинами возникновения стёртой дизартрии могут быть: отклонения во внутриутробном развитии (токсикозы, гипертония (повышенное давления) нефропатия во время беременности и другое; инфекционные заболевания (ОРВИ, Грипп и прочее) перенесённые во время беременности; асфиксия новорожденных; стремительные или затяжные роды; длительный безводный период; механическое родовспоможение (щипцы, вакуум) [3].

В первый год жизни такие дети наблюдаются у невролога, им назначаются медикаментозное лечение и массаж. В диагнозе до года стоит ПЭП (перинатальная энцефалопатия). А после года диагноз либо снимают, либо ставят ММД (минимальная мозговая дисфункция).

Развитие после года, как правило, у всех бывает благополучным, невропатологи больше не наблюдают этих детей, и ребёнок считается здоровым.

При обследовании детей 5-6 лет со стёртой дизартрией выявляются следующие симптомы:

Общая моторика: дети неловкие, ограничен объём активных движений, быстрая утомляемость при нагрузках. Неустойчиво стоят на одной ноге. Плохо подражают при имитации движений: как идёт 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 так же при переключаемости движений.

Мелкая моторика рук: дети со стёртой 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 прослеживаются трудности пространственного расположения элементов. Дети затрудняются или просто не могут без посторонней помощи выполнять движения по подражанию. Например «Замок» - сложить кисти вместе, переплетая пальцы: «Колечки»- поочерёдно соединить с большим пальцем указательный, средний, безымянный, мизинец и другие упражнения пальчиковой гимнастики [4].

Со слов мам, многие дети старше 5-6- лет не интересуются играми с конструктором, не умеют играть с мелкими игрушками, не собирают пазлы.

Также при обследовании детей со стёртой дизартрией наблюдаются следующие особенности артикуляторного аппарата.

Паретичность мышц органов артикуляции проявляются в следующем: вялые губы, углы рта опущены, во время речи губу остаются вялыми. Язык при паретичности тонкий, находится на дне рта, вялый, кончик языка мало активный. При нагрузках (логопедической гимнастике) мышечная слабость увеличивается.

Спастичность мышц проявляется в следующем: лицо амимично, мышцы лица на ощупь твёрдые, напряжённые. Губы в полуулыбке: верхняя губа прижимается к дёснам. Многие дети не могут сделать трубочку из губ. Язык при спастическом симптоме чаще изменён по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный.

Гиперкинезы при стёртой дизартрии проявляются в виде дрожания языка и голосовых связок. Дрожание проявляется при нагрузках. Например, при удержании широкого языка на нижней губе под счёт 5-10 язык не может сохранить состояние покоя, появляется дрожание и лёгкое посинение кончика языка, а в некоторых случаях по языку прокатываются волны в продольном или поперечном направлении. В этом случае ребёнок не может удержать язык вне полости рта. Гиперкинезы чаще сочетаются с повышенным тонусом мышц артикуляторного аппарата [1].

Апраксия проявляется в невозможности выполнения определённых движений артикуляторного аппарата или переключении от одного движения к другому. У некоторых детей отмечается кинестетическая апраксия, когда ребёнок производит хаотичные движения, «нащупывая» нужную артикуляционную позу.

Девиация, т.е. отклонение языка от средней линии, проявляется при логопедической гимнастике (при удержании позы, переключении с одного упражнения на другое).

Гиперсаливация (повышенное слюноотделение) определяется лишь во время речи. Дети не справляются с саливацией, не сглатывают слюну.

Дети со стёртой формой дизартрии по заданию выполняют все движения из логопедической гимнастики, но качество этих движений страдает: смазанность, нечёткость движений, слабость напряжения мышц, аритмичность, снижение амплитуды движений, быстрая утомляемость мышц и др. это и приводит во время речи к искажению звуков, смешению их и ухудшению в целом просодической стороны речи [2].

Звукопроизношение при стёртой дизартрии характеризуется: смешением, искажением, заменой и отсутствием звуков, т.е. те же варианты что и при дислалии (нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата). Звуки при стёртой дизартрии ставятся теми же способами что и при дислалии, но долго не автоматизируются и не вводятся в речь. Наиболее распространнёным дефектом звукопроизношения являются нарушения свистящих и шипящих. Достаточно часто отмечается межзубное произнесение, боковые призвуки. Дети испытывают трудности при произношении слов со сложной слоговой структурой, упрощают звуконаполняемость, опуская некоторые звуки при стечении согласных (митионей вместо милиционер).

Просодика. Интонационно-выразительная окраска речи детей со стёртой дизартрией резко снижена. Страдает голос, голосовые модуляции по высоте, силе, ослаблен речевой выдох. Нарушается тембр речи и проявляется носовой оттенок. Темп речи чаще успокоен. При рассказывании стихотворений речь ребёнка монотонна, постепенно становится менее разборчива, голос угасает. Голос детей во время речи тихий, не удаются модуляции по высоте, по силе голоса (ребёнок не может по подражанию менять высоту голоса, имитируя голоса животных: коровы, собаки и прочее) [1].

У некоторых детей речевой выдох укорочен, и они говорят на вдохе. В этом случае речь становиться захлёбывающейся. Довольно часто выявляются дети (с хорошим самоконтролем), у которых при обследовании речи отклонений в звукопроизношении не проявляется, так как произносят слова они скандировано, то есть по слогам, а на первое место выступает только нарушение просодики.

Дети дошкольного возраста с дизартрией, не имеющие отклонений в развитии опорно-двигательного аппарата, владеющие навыками самообслуживания и имеющие нормальный слух и полноценный интеллект, обучаются в специальных детских садах для детей с нарушениями речи.

При дизартрии на ряду с речевыми выделяются и неречевые нарушения. Это проявление бульбарного и псевдобульбарного синдромов в виде расстройств сосания, глотания, жевания, физиологического дыхания в сочетании с нарушениями общей моторики и особенно тонкой дифференцированной моторики пальцев рук [3].

Таким образом, в настоящее время проблема дизартрии детского возраста интенсивно разрабатывается в клиническом, нейролингвистическом, психолого-педагогическом направлениях.

Основными признаками дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушением речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания.

Для раннего выявления стёртой дизартрии и правильной организации комплексного воздействия необходимо знать симптомы и причины возникновения, характеризующие это нарушение.

Звукопроизношение при стёртой дизартрии характеризуется: смешением, искажением, заменой и отсутствием звуков, т.е. те же варианты что и при дислалии (нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата).

**1.3 Методы диагностики нарушений звукопроизношения при дизартрии**

Особенностью дизартрии у детей является чаще всего ее смешанный характер (сочетание различных клинических синдромов). Наряду с нарушением звукопроизношения проявляются другие речевые расстройства (задержка речевого развития, общее недоразвитие речи, моторная алалия, заикание). Кроме того, страдает темп, ритм, выразительность речи, отмечается недоразвитие фонематического слуха, а также общей моторики. Эти проявления указывают на глубину и выраженность органической недостаточности и зависят от тяжести и характера органического поражения [2].

Условно можно выделить четыре степени тяжести речевых нарушений при дизартрии: 1. нарушение звукопроизношения, выявляемое логопедом в процессе обследования; 2. нарушения заметны каждому, но речь понятна окружающим; 3. речь понятна только близким и частично окружающим; 4. отсутствие речи – анартрия.

Обследование строится на системном подходе с учетом специфики речевых и неречевых нарушений, общего психоневрологического состояния и возраста. Особую сложность представляет диагностика минимальных или "стертых" проявлений дизартрии. Основные критерии диагностики: - артикуляционные нарушения слабо выражены; - наличие синкинезий; - замедленный темп артикуляционных движений; - трудность удержания артикуляционной позы; - трудность переключения артикуляционных движений; - стойкость нарушений звукопроизношения и трудность автоматизации поставленных звуков; - наличие просодических нарушений. Для диагностики "стертых" форм дизартрии используются функциональные пробы, позволяющие отдифференцировать дизартрию от сложной полиморфной дислалии. На основе анамнеза, собранного врачом и логопедического обследования выставляется диагноз. Таким образом, логопедическое обследование помогает выявить структуру и тяжесть поражения. Исходя из результатов обследования, строится коррекционная работа, которая проводится поэтапно и на фоне медикаментозного лечения. Успех ее зависит от раннего начала и систематичности проведения. Тесная взаимосвязь развития речи, сенсорных функций, моторики и интеллекта определяет необходимость коррекционной работы в сочетании со стимуляцией развития всех сторон речи.

Спецификой работы при дизартрии является: 1. логопедический точечный массаж, который проводится в зависимости от нарушения: при спастичной форме - расслабление мышц артикуляционного аппарата, при вялой - их укрепление; 2.массаж зондами: а) игольчатым зондом проводится хаотичный обкол щек, губ, языка, б) зондом "лопаточка" - вибрация щек, губ, языка, в) зонд "салазки" - поглаживание щек, губ, языка вверх-вниз, г) "рубящий" зонд - постукивающие движения, д) зонд "толкач" - разминание; 3. обязательно проводится работа по активизации мимических мышц лица, небной занавески (для устранения назолизации звуков; 4. развитие дыхания и коррекция голоса. Логопедическое обследование уточняет степень тяжести органического поражения, а коррекционная работа поможет больному в последующей социальной адаптации. Логопед дает обоснованные рекомендации по обучению и воспитанию детей с дизартрией. Для ранней коррекции дизартрии имеют большое значение профилактические осмотры, позволяющие выявить патологию со стороны нервной системы без признаков поражения головного мозга или выявить органические знаки при нарушениях психических функцией.

Таким образом, обследование строится на системном подходе с учетом специфики речевых и неречевых нарушений, общего психоневрологического состояния и возраста. Особую сложность представляет диагностика минимальных или "стертых" проявлений дизартрии. Для диагностики "стертых" форм дизартрии используются функциональные пробы, позволяющие отдифференцировать дизартрию от сложной полиморфной дислалии. На основе анамнеза, собранного врачом и логопедического обследования выставляется диагноз. Поэтому логопедическое обследование помогает выявить структуру и тяжесть поражения. Исходя из результатов обследования, строится коррекционная работа.

**1.4 Система коррекционно-педагогической работы**

Тесная взаимосвязь развития речи, сенсорных функций, моторики и интеллекта определяет необходимость коррекции нарушений речи при дизартрии у детей с сочетанием со стимуляцией развития всех её 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 медикаментозными лечением [2].

Логопедическая работа с детьми - дизартриками базируется на знании структуры речевого дефекта при различных формах дизартрии, механизмов нарушения общей и речевой моторики, учёте личностных особенностей детей.

Особое внимание уделяется состоянию речевого развития детей в сфере лексики и грамматического строя, а также особенностям коммуникативной функции речи.

В процессе систематических и в большинстве случаев длитенльных занятий осуществляется постепенная нормализация моторики артикуляционного аппарата, развитие артикуляционных движений, формирование способности к произвольному переключению подвижных органов артикуляции с одного движения на другое в заданном темпе, преодоление монотонии и нарушений темпа речи; полное развитие фонематического восприятия. Этим подготавливается основа для развития и коррекции звуковой стороны речи и формируются предпосылки для овладения навыками устной и письменной речи.

Логопедическую работу необходимо начинать в младшем дошкольном возрасте. Создавая тем самым условия для полноценного развития более сложных сторон речевой деятельности и оптимальной социальной адаптации. Большое значение имеет также сочетание логопедических мероприятий с лечебными. Преодоление отклонений в мелкой моторики.

Дети дошкольного возраста с дизартрией, не имеющие грубых отклонений в развитии опорно-двигательного аппарата, владеющие навыками самообслуживания и имеющие нормальный слух и полноценный интеллект, обучаются в специальных детских садах для детей с нарушениями речи. Для детей с дизартрией, имеющих выраженные нарушения опорно-двигательного аппарата, в стране имеются специализированные детские сады и школы, где большое внимание уделяется лечебным и физиотерапевтическим мероприятиям [3].

Работа над звукопроизношением строится с учётом следующих положений:

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

2) Развитие речевой коммуникации. Формирование звукопроизношения должно быть направлно на развитие коммуникаций,

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) Уселение перцепции атрикуляционных укладов и движений путём развития зрительно-кинестетических ощущений.

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

7) при тяжёлых нарушениях, когда речь полностью не понятна для окружающих, работа начинается с изолированных звуков и со слогов. Если речь ребёнка 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 ситуаций.

8) У детей с поражением центральной нервной системы важное значение имеет предупреждение тяжёлых нарушений звукопроизношения путём систематической логопедической работы в доречевой период.

Основные задачи логопедической работы с детьми, страдающими дизартрией:

Обучение звукопроизношению, т.е. развитие артикуляционной моторики, речевого дыхания, постановка и закрепление звуков в речи.

Развитие фонематического восприятия, формирование навыков звукового анализа.

Нормализация просодической стороны речи, т.е. преодоление расстройств ритма, мелодики и интонационной стороны речи.

Коррекция проявлений общего недоразвития речи. Преодоление ОНР у детей с дизартрией осуществляется в процессе обучения и воспитания в специальном детском саду [3].

Первоначальная задача коррекции произношения детей- дизартриков - добиться дифференцированного произношения. Поскольку главной причиной недостатков произношения является полная или частичная неподвижность органов речевого аппарата, основное внимание логопеда должно быть направлено на развитие подвижности артикуляционного аппарата. Для возбуждения иннервации лицевой мускулатуры, преодоления амимичности лица и малоподвижности артикуляционного аппарата проводится массаж всей лицевой мускулатуры: легкое похлопывание ладонью по щекам, легкие пощипывающие движения пальцами по краю нижней челюсти снаружи, по подъязычной мышце и глоточно-нёбной мышце. Применяют также поглаживающие движения кожного покрова лица (щекочущие движения). Кроме того, проводят систематический массаж губ, поглаживающие движения по губам, легкое пощипывание сомкнутых губ, механическое сближение губ в горизонтальном и вертикальном направлении: круговые поглаживающие движения в углах рта [3].

Массируется мягкое нёбо ладонной стороной большого или указательного пальца, спереди назад. Продолжительность массажа не более 2 мин. Имеющиеся у ребенка непроизвольные движения необходимо закреплять путем систематического повторения. Ребенок наблюдает движения органов артикуляции у себя (в зеркале) и у логопеда, слушает звук стона (для звука м), звук кашля (для звука к). Движения производятся сначала совместно с логопедом, затем после с показа отраженно. Этим обеспечивается постепенный переход к самостоятельному выполнению. Ребенок с помощью взрослого или с механической помощью воспроизводит нужный уклад органов артикуляции и тем самым более четко ощущает движения языка, губ и пр. Постепенно создается возможность для выполнения активных самостоятельных движений.

Применяется механическая помощь (рука логопеда, специальные зонды и шпатели) при пассивной гимнастике органов артикуляции. Можно производить упражнения рукой ребенка (с контролем перед зеркалом). Движения следует выполнять медленно, плавно, ритмично, с постепенным увеличением амплитуды. Например, ребенок шире открывает рот, для этого большой палец правой руки, тщательно вымытый, кладется на нижние зубы, а четыре пальца - под подбородок. Или дальше высовывается язык, для этого кончик языка охватывается марлевой салфеткой, и ребенок рукой выдвигает его вперед. По мере того как пассивные движения делаются менее затрудненными, можно уменьшать механическую помощь и переходить к удержанию достигнутого положения. Также в этот период начинают устранять слюнотечение. Ребенка просят производить жевательные движения со слегка откинутой назад головой.

Следующий этап - активная гимнастика артикуляционного аппарата. Примерные виды упражнений: 1. Для нижней челюсти - открывание и закрывание рта (с прищелкиванием зубами). Удержание рта открытым (под счет). В процессе этих упражнений необходимо следить за тем, чтобы закрывание рта происходило по средней линии. Можно применять механическую помощь - легкое надавливание рукой на темя и под челюсть. Прибегают также к выдергиванию рукой прикушенной зубами марлевой салфетки или резинового жгута. Кроме контроля с помощью зеркала, ребенок должен ощупывать руками движение головки нижней челюсти в суставе.

2. Для выработки движений губ: а) оскал зубов, вытягивание губ хоботком (поочередно). Для вытягивания губ хоботком используют причмокивание. Вводится палец или леденец, затем выдергивается. При наличии достаточно плотного охвата губами и всасывающих движений щек возникает щелкающий звук. Уменьшением размера леденца создается большее напряжение мышц губ. Подобные упражнения повторяют многократно; б) после этих упражнений можно переходить к удерживанию губами трубочек различного диаметра или зонда (логопед пытается выдернуть трубочку, а ребенок удерживает ее). Для выработки этого движения применяют надавливание пальцами уголков губ; в) вытягивание сомкнутых губ - возвращение в нормальное положение; г) вытягивание губ - растягивание в улыбку при раскрытых челюстях; д) вытягивание верхней губы вместе с языком (язык толкает верхнюю губу); е) втягивание губ внутрь рта, с плотным прижатием к зубам; ж) прикусывание нижней губы верхними зубами; з) втягивание нижней губы под верхнюю; и) вращательные движения губ, вытянутых хоботком.

3. Упражнения, направленные на развитие подвижности языка, в сложных случаях начинают с непроизвольного рефлекторного уровня. Для того чтобы вызвать движение языка вперед к губам, ко рту ребенка подносят конфету, или намазывают нижнюю губу вареньем, или же к ней прикрепляют кусочек липкой бумажки. Чтобы вызвать сокращения языка, нужно положить кусочек сладкого на кончик языка или дотронуться до него шпателем.

Для выработки движений языка в сторону кладут кусочек сахара между щекой и зубами или намазывают сладким уголок рта. Для поднятия кончика языка полезно дотрагиваться карамелькой до верхней губы. Эти упражнения постепенно подготавливают активные движения языка: а) движения вперед-назад. Если язык напряжен, выдвигается комом, рекомендуется слегка похлопать его шпателем, предложить ребенку подуть на него. К последнему прибегают только после того, как будет выработана правильно направленная струя воздуха; б) легкое покусывание высунутого языка, при этом нужно следить за тем, чтобы язык выдвигался по средней линии; в) движение вправо-влево, кончик языка должен дотянуться до уголков рта. При одностороннем парезе больше упражняют паретичную сторону языка. Это движение вырабатывается трудно, поэтому целесообразно прибегать к механической помощи; г) поднимание языка за верхние зубы. Это движение вырабатывают постепенно. Причмокивание губ комбинируется с выдвижением языка вперед, таким образом можно получить прищелкивание языком, если оно отсутствует. Затем язык продвигается между губами (межгубное положение), ребенок причмокивает им. Губы при помощи руки логопеда отодвигаются (межзубное положение языка), производится прищелкивание спинки языка о края верхних зубов. Когда подобное движение будет достигнуто, логопед, ставя шпатель горизонтально на ребро под язык, отодвигает приподнятый кверху кончик языка в глубь рта. Так вырабатывается прищелкивание языка у альвеол верхних зубов. Усвоение этого навыка требует времени и упорства. Для усиления тактильного (осязательного) восприятия при проведении артикуляционной гимнастики используют упражнения с сопротивлением.

4. Одновременно с этими упражнениями осуществляют развитие речевого дыхания и голоса. Цель дыхательных упражнений - увеличить жизненную емкость легких, улучшить подвижность грудной клетки, научить ребенка рационально использовать выдох во время речи. Логопед должен показать на себе правильный, короткий и глубокий вдох и длительный постепенный выдох. Для контроля диафрагмального вдоха нужно положить руку на живот в области диафрагмы. Для выработки удлиненного выдоха используют упражнения типа задувание свечи, надувание резиновых игрушек и т.п., обычно применяемые в работе с детьми- ринолаликами. Когда будет сформирован правильный ротовой выдох, приступают к голосовым упражнениям. Сначала их проводят на гласных звуках, затем по мере появления в речи согласных звуков вводят и слоговые упражнения. Отрабатывают длительное и короткое звучание, повышение и понижение голоса.

Большая роль в развитии голоса и речевого дыхания принадлежит музыкальным занятиям. Первая группа звуков, которые необходимо поставить и закрепить в речи, включает в себя фонемы, наиболее легкие в артикуляционном отношении и далекие друг от друга акустически. Это звуки а, п, у, м, к, ы, н, х, в, о, т, с, л. Данные звуки как наиболее простые часто можно отрабатывать до нормы. Попутно на этих фонемах ведется работа по развитию фонематического восприятия и навыков звукового анализа (выделение звука из ряда других, из слогов, в простых словах и т.д.). В выраженных случаях артикуляционных расстройств постановка этих звуков требует специальной помощи. Используя зрение, тактильно-вибрационную чувствительность, логопед объясняет и помогает ребенку произвести движения, необходимые для произнесения того или иного звука, и кинестетически ощутить их. Например, при анартрии логопед для создания артикуляции звука у сближает рукой губы ребенка. Существенную помощь оказывает четкое произношение данного звука логопедом в момент артикулирования ребенком, так как при этом недостаточно четкие кинестетические впечатления от собственного неполноценного произношения восполняются у малыша за счет восприятия чужой речи. Работая над постановкой звуков, логопед должен добиться хотя бы приближенного их произношения. На первых порах даже владение ребенком аналогом звука чрезвычайно важно для его различения, поскольку таким образом формируется соотношение между артикуляционными и слуховыми образами звука. Качество аналога и степень его близости к нормальному звуку определяются степенью поражения артикуляционного аппарата. В зависимости от индивидуальных особенностей ребенка аналог включает в себя разное количество элементов артикуляции. Отрабатывая каждый новый звук, необходимо изучить его артикуляционные особенности, выделить основной характерный признак артикуляции, отличающий его от других звуков, сравнить с другими артикуляциями. Путем систематических упражнений происходит приближение к нужному артикуляционному укладу и переход от аналога к полноценному звуку. Логопед постепенно увеличивает требования к четкости и правильности артикуляции изучаемого звука. Помимо работы над артикуляционной моторикой и постановкой звуков, ведется систематическая работа по развитию фонематического восприятия. Детей учат узнавать гласные звуки в ряду гласных, анализировать звуковой ряд из двух-трех согласных фонем. По мере изучения звуков дети учатся повторять различные сочетания из двух-трех слогов, называть звуки, составляющие слог, слово, определять их последовательность. Через короткий промежуток времени дети, произносящие изучаемый звук с разной степенью приближения к нормальному, одинаково свободно узнают его на слух в слоговых сочетаниях и словах [2].

На занятиях по звукопроизношению проводится фронтальная работа, направленная на развитие органов артикуляционного аппарата. Упражнения, которые при этом используются, должны быть доступны всей группе. Кроме того, обязательны дыхательные упражнения. Часть каждого занятия по звукопроизношению составляет произнесение детьми уже освоенных гласных и согласных звуков, изолированных и в звукосочетаниях. Для проверки усвоения пройденного логопед предлагает детям описать (или показать) положение органов артикуляции, характерное для того или иного звука, а затем произнести его изолированно и в словах. Упражнения на звуки проводятся под контролем зрительного и тактильного восприятия. В качестве речевой зарядки дети произносят хором и индивидуально доступные им слова, состоящие из нужных звуков, и предложения с этими словами. За первоначальный период дети значительно выравниваются в фонематическом развитии; слуховое восприятие улучшается и значительно опережает сдвиги в артикуляции.

На данном этапе проводятся также упражнения по дифференциации звуков, наиболее резко противопоставленных друг другу по артикуляционным признакам: 1) дифференциация ротовых и носовых звуков (п-м); 2) внутри группы носовых звуков дифференциация звуков м и н, 3) в группе взрывных звуков дифференциация звуков к и х, 4) дифференциация гласных а, у, о, ы, 5) дифференциация взрывных и фрикативных звуков (т-с). В процессе этих упражнений создается база для усвоения остальных звуков.

Следующую группу звуков, которые предстоит изучать, составляют фонемы, сложные по артикуляции. Это звонкие, шипящие согласные, аффрикаты и звук р Существенную, ведущую 'роль в этот период играют уже довольно развитое фонематическое восприятие и некоторые навыки звукового анализа. Дети способны легко выделять звуки, которые еще не научились произносить, например звук р. Значительно повышаются речевая активность детей, навыки звукового анализа. Вторичные отклонения в слуховом восприятии преодолеваются успешнее, чем недостатки произношения. Во втором периоде (т.е. при изучении остальных звуков) упражнения по различению звуков имеют меньшую артикуляционную опору. Произношение таких звуков, как р, ш, ж, аффрикат, у большинства детей очень неточное, но различение их представляет значительно меньшие трудности. Тем не менее на упражнения по различению и дифференциации звуков отводится специальное время. Таким образом, у детей формируются звуковые представления на основе дифференцированного произношения звуков, отражающего определенный период их усвоения. В это время проводится работа по дифференциации звуков с-з, ш-ж, ц-ч, ч-щ, ч-т' и по дифференциации внутри группы йотированных.

После того как логопед убедится, что все дети безошибочно различают звук, могут определять его место в слоге, слове и т.п., он предъявляет им соответствующую букву (в подготовительной к школе группе).С этого момента коррекция произношения имеет своей целью уточнение аналога звука до нормального. Эта задача решается с помощью упражнений в четком произношении звуков, которые проводятся на групповых и индивидуальных занятиях. Особенности артикуляции, качество аналога, его близость к нормально произносимому звуку регистрируются в индивидуальных планах, исходя из которых логопед планирует содержание индивидуальных занятий. Необходимо неоднократно возвращаться к одним и тем же звукам с целью их наибольшего уточнения. В результате сочетания интенсивной работы над развитием произносительной стороны речи с работой по воспитанию фонематического восприятия звуков на базе приближенного произношения у детей с дизартрией создается фонематическая готовность к полноценному усвоению письма. Это предупредительное направление логопедического воздействия крайне важно в общей системе адаптации детей, страдающих столь тяжелым речевым дефектом. Ранняя и правильно организованная логопедическая помощь в сочетании с соответствующими воспитательными мероприятиями (преодоление речевого негативизма, активизация компенсаторных возможностей ребенка, его познавательных интересов и т.д.) дает возможность значительной части детей с дизартрией усваивать программу общеобразовательной школы [2].

Поскольку развитие артикуляционной моторики находится в тесной связи с развитием тонких движений пальцев рук, определенное место в общей системе коррекционных мероприятий отводится совершенствованию ручной умелости. У детей с дизартрией часто наблюдается значительное нарушение движений пальцев и кистей рук. Ребенок не может самостоятельно одеться, причесаться, действовать с мелкими предметами. Поэтому необходимо систематически проводить упражнения, способствующие формированию разнообразных движений пальцев и кистей рук. Упражнения должны быть связаны и с игровой деятельностью ребенка, и с его повседневной жизнью. Сначала развивают координированные движения с крупными предметами, затем с мелкими. В первую очередь нужно обучить ребенка правильно захватывать предметы, удерживать и отпускать их. Для таких упражнений специально подбирают игрушки, предметы обихода, различные по размеру, форме, весу. Полезно научить ребенка перекладывать предметы с одного определенного места на другое. Эффективно, например, такое упражнение: ребенок по заданию взрослого раскладывает предметы на плотном листе бумаги, ориентируясь на их контуры (воспитатель заранее наносит на бумагу контуры предметов). Можно попросить ребенка разложить игрушки или предметы по размеру (или цвету); определить их вес и выбрать одинаковые по тяжести. Для развития более тонких движений пальцев очень полезно раскладывание мелких предметов: пуговиц, палочек, зерен и др. по небольшим коробочкам или мешочкам. С удовольствием дети нанизывают бусы, колечки, пуговицы на нитку; передвигают косточки на счетах; вырезают из бумаги картинки по контуру и раскрашивают их. Хорошо укрепляет мышцы руки сжимание резиновой губки или теннисного мячика. Упражнения такого рода надо всячески разнообразить. Целесообразно использовать лепку из пластилина, работу с мозаикой. Эти виды деятельности следует постепенно усложнять. Игры со строительным материалом начинают с самых простых конструкций и постепенно усложняют за счет увеличения количества деталей и видов построек [3].

Дети с дизартрией могут испытывать на первых порах трудности в еде и самообслуживании. Им нужно терпеливо помогать, но соблюдать разумную меру помощи, иначе может пострадать развитие самостоятельности ребенка. Полезно с помощью бинта изменить ручку ложки, кружки, сделать ее более толстой. Посуду можно закрепить на подносе. Для укрепления и развития челюстных мышц очень полезно во время еды надевать на голову ребенка (под челюсти) эластичный резиновый жгутик. С помощью этого жгутика во время жевания происходит усиленная гимнастика мышц, что также благотворно сказывается на выработке правильного звукопроизношения. Необходимо помочь ребенку овладеть навыками самообслуживания, в особенности научиться застегивать пуговицы, кнопки, пряжки, зашнуровывать ботинки и пр.[2].

Полезны следующие упражнения:

1) захват сначала тремя, а потом двумя пальцами пуговиц разной величины, формы. Пуговицы можно прикрепить с помощью резинки к щитку или рамке, расположив их в несколько рядов. По указанию взрослого ребенок захватывает нужную пуговицу и тянет на себя, затем отпускает. Так можно упражняться многократно, начав с более крупных пуговиц; 2) застегивание, расстегивание пуговиц на специальном образце ткани с пуговицами и петлями разной величины, который укреплен на рамке. Затем эти действия отрабатываются на одежде куклы, а потом на одежде самого ребенка. Домашние занятия с ребенком, страдающим дизартрией, должны предусматривать постепенное развитие точности и плавности движений, нужных для письма. Этому способствуют следующие упражнения: 1) раскрашивание картинок; 2) точное обведение контуров предметов; 3) рисование простых предметов по проставленным точкам; 4) соединение данных точек линиями разного направления; 5) штриховка.

Очень важно суметь убедить ребенка в значимости подобных упражнений, стимулировать его успехи, отмечать ускорение темпа выполнения упражнения, повышение точности движений.

Таким образом, тесная взаимосвязь развития речи, сенсорных функций, моторики и интеллекта определяет необходимость коррекции нарушений речи при дизартрии у детей с сочетанием со стимуляцией развития всех её сторон, сенсорных и психических функций, осуществляя тем самым формирование речи как целостной психической деятельности.

Система логопедического воздействия при дизартрии имеет комплексный характер. Спецификой работы является сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозными лечением.

Первоначальная задача коррекции произношения детей- дизартриков - добиться дифференцированного произношения. Влияние семейного окружения, активное вмешательство в развитие ребенка создают необходимые предпосылки для формирования правильной речи. Участие родителей в ежедневных занятиях значительно сокращает сроки логопедической работы. Очень важно суметь убедить ребенка в значимости подобных упражнений, стимулировать его успехи, отмечать ускорение темпа выполнения упражнения, повышение точности движений.

1. Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.Структура дефекта при дизартрии включает нарушение звукопроизносительной и просодической сторон речи, обусловленное органическим повреждением речедвигательных механизмов центральной нервной системы. Наиболее часто дизартрия наблюдается при детском церебральном параличе, по данным различных авторов, от 65 до 80%. При наиболее тяжёлых формах церебрального паралича, когда отмечается поражение верхних и нижних конечностей и ребёнок практически остаётся обездвиженным (двойная гемиплегия), дизартрии (анартрии) наблюдается практически у всех детей. Эмоционально- волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. Чаще всего стёртая дизартрия диагностируется после пяти лет.

2. Патогенез дизартрии определяется органическими поражениями центральной и периферической нервной системы под влиянием различных неблагоприятных внешних (экзогенных) факторов, воздействующих во внутриутробном периоде развития, в момент родов и после рождения. 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 врождённая аплазия ядер черепно-мозговых нервов (синдром Мебиуса), а также наследственные болезни нервной нервно- мышечной систем.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи. Основными признаками дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушением речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания. Звукопроизношение при стёртой дизартрии характеризуется: смешением, искажением, заменой и отсутствием звуков, т.е. те же варианты что и при дислалии (нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата).

3. Обследование строится на системном подходе с учетом специфики речевых и неречевых нарушений, общего психоневрологического состояния и возраста. Особую сложность представляет диагностика минимальных или "стертых" проявлений дизартрии. Исходя из результатов обследования, строится коррекционная работа.

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

**Рекомендации родителям и педагогам ДОУ**

Почти все личностные качества: вкусы, привычки, характер, темперамент закладываются у человека в детстве. И немалую роль в становлении личности играет речь. Речь – это сложная функция, и развитие ее зависит от многих моментов. Большую роль здесь играет влияние окружающих – ребенок учится говорить на примере речи родителей, педагогов, друзей. Окружающие должны помочь ребенку в формировании правильной, четкой речи. Очень важно, чтобы ребенок с раннего возраста слышал речь правильную, отчетливо звучащую, на примере которой формируется его собственная речь.

Родители детей с дизартрией должны учитывать, что интенсивность речевого развития ребенка зависит от характера его отношений со взрослыми, от особенностей его общения с ними. Влияние семейного окружения, активное вмешательство в развитие ребенка создают необходимые предпосылки для формирования правильной речи. Участие родителей в ежедневных занятиях значительно сокращает сроки логопедической работы. Воспитатели и родители должны с вниманием относиться к самым незначительным успехам ребенка, положительно оценивать его усидчивость, старание.

Если у ребенка речевые дефекты, он зачастую подвергается насмешкам

сверстников, обидным замечаниям, в концертах и детских праздниках не участвует. Ребенок обижен, он не чувствует себя равным среди других детей.

Постепенно такой ребенок отдаляется от коллектива, замыкается в себе. Он старается отмолчаться или ответить односложно, не принимать участия в речевых играх.

Задача логопеда совместно с родителями убедить ребенка в том, что речь можно исправить, можно помочь малышу стать таким, как все. Важно заинтересовать ребенка так, чтобы ему самому захотелось участвовать в процессе коррекции речи. А для этого занятия не должны быть скучными уроками, а интересной игрой.

Логопедическая работа при стёртой дизартрии предусматривает обязательное включение родителей в коррекционную работу с ребёнком.

На начальных этапах предусматривается работа по нормализации моторики артикуляторного аппарата- логопедический массаж, логопедическая гимнастика. Обязательна работа по укреплению голоса и дыхания. Обязательным элементом логопедической работы является развитие мелкой моторики рук.

Большинство специальных проб, выявляющих уровень звукового анализа, детям - дизартрикам недоступно. Они не могут правильно отобрать картинки, названия которых начинаются на заданный звук, придумать слово, содержащее определённый звук, проанализировать звуковой состав слова. Дизартрия чаще всего не является самостоятельным заболеванием, а входит в комплекс нарушений широкой двигательной сферы. Лечение её требует применения комплексного метода. Логопедическая работа должна проводиться обязательно на фоне медикаментозного воздействия, физиотерапии, иглотерапии, лечебной физкультуры и массажа. Особое значение приобретает использование при коррекции произносительной стороны речи логопедических инструментов.

Во всех видах лечения ребёнка - дизартрика чрезвычайно большая роль принадлежит родителям. Прежде всего, это относится к логопедическим занятиям. Родители должны знать для чего делаются те или иные упражнения, понимать их смысл и представлять ожидаемые результаты. Целью работы является достижение понятной окружающим речи.

**Заключение**

Наше исследование было посвящено изучению специфических нарушений звукопроизношения и старших дошкольников с синдромом дизартрия. Мы изучили и проанализировали что такое дизартрия. (Дизартрия это - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Структура дефекта при дизартрии включает нарушение звукопроизносительной и просодической сторон речи, обусловленное органическим повреждением речедвигательных механизмов центральной нервной системы. Чаще всего стёртая дизартрия диагностируется после пяти лет).

Выявили причины и характеристику нарушений звукопроизношений, (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 врождённая аплазия ядер черепно-мозговых нервов (синдром Мебиуса), а также наследственные болезни нервной нервно- мышечной систем. Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи. Основными признаками дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушением речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания. Звукопроизношение при стёртой дизартрии характеризуется: смешением, искажением, заменой и отсутствием звуков, т.е. те же варианты что и при дислалии (нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата).

Изучили методы диагностики нарушений звукопроизношений при дизартрии; проанализировали систему коррекционно-педагогической работы с дошкольниками с синдромом дизартрия; сформулировали выводы по теме исследования; разработали рекомендации для родителей и педагогов ДОУ.

Таким образом, обозначенные задачи решены в полном объёме. Наши предположения что, нарушения звукопроизношения у дошкольников с синдромом дизартрия при своевременной диагностике и организационной логопедической работы поддаётся коррекции подтвердились.

**Литература:**

1. Бабина Г.В. Практикум по дисциплине Логопедия. Раздел Дизартрия [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ Бабина Г.В., Белякова Л.И., Идес Р.Е.— Электрон. текстовые данные.— М.: Прометей, 2012.— 104 c.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/18600.— ЭБС «IPRbooks»

2. Смирнова И.А. Логопедия [Электронный ресурс]: иллюстрированный справочник/ Смирнова И.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: КАРО, 2014.— 232 c.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/44493.— ЭБС «IPRbooks»

3. Хватцев М.Е. Логопедия. Книга 1 [Электронный ресурс]/ Хватцев М.Е.— Электрон. текстовые данные.— М.: Владос, 2009.— 272 c.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/18488.— ЭБС «IPRbooks»

4. Юдина Я.Л. Сборник логопедических упражнений [Электронный ресурс]/ Юдина Я.Л., Захарова И.С.— Электрон. текстовые данные.— М.: ВАКО, 2011.— 128 c.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/26365.— ЭБС «IPRbooks»