Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 73

Дизартрия. Детская псевдобульбарная дизартрия.

 Учитель – логопед:

Гомзикова И. Н.

**Дизартрия. Детская псевдобульбарная дизартрия.**

 Дизартрия возникает в результате органического поражения центральной нервной системы, головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребёнка. Проявляется в нарушении произносительной стороны речи, обусловленном повреждением речедвигательных механизмов центральной нервной системы.

 Основными клиническими признаками дизартрии являются нарушение мышечного тонуса в речевой мускулатуре, ограниченная возможность произвольных артикуляционных движений в результате парезов или параличей, нарушение голосообразования и дыхания.

 Основными показателями при диагностике дизартрии по степени выраженности поражения являются мимика, дыхание, голосообразование, рефлекторные движения языка, произвольные движения языком и губами, гиперкинезы (насильственные движения), синкинезии (сопутствующие движения), звукопроизношение.

 Речевое развитие детей с дизартрией протекает своеобразно. Дети – дизартрики поздно начинают говорить, поэтому имеют ограниченный речевой опыт. Грубые нарушения звукопроизношения приводят к недостаточному накоплению активного словарного запаса и отклонениям в формировании и развитии грамматического строя речи. Активный и пассивный словарь этих детей значительно различаются по объёму: пассивный словарь шире активного, но из-за трудностей произношения дети не могут использовать в активной речи знакомые им слова.

 В физическом статусе детей – дизартриков отмечаются общая физическая слабость, двигательная недостаточность, проявляющаяся в нарушениях равновесия и координации движений.

 В вегетативной нервной системе изменения проявляются в потливости верхних и нижних конечностей, обильном слюноотделении и слюнотечении.

В психологическом статусе возможны нарушения эмоционально – волевой сферы, которые проявляются в пугливости, повышенной возбудимости ребёнка, чрезмерной чувствительности ко всем раздражителям или наоборот вялости, пассивности, безынициативности, двигательной заторможенности. Для детей с дизартрией характерны повышенная утомляемость, низкая работоспособность, неустойчивое, рассеянное внимание, трудности в переключении, низкий объём памяти, не высокий интеллектуально – познавательный уровень.

 Для детской практики наиболее существенна псевдобульбарная форма дизартрии. Дети, страдающие псевдобульбарной дизартрией, особенно часто встречаются в коррекционных школах, так как внешние проявления её настолько тяжелы, что заставляют врачей и педагогов направлять детей с нормальным интеллектом только из-за речи в такие школы, а иногда даже и в учреждения социального обеспечения.

 Эта форма дизартрии у детей обычно входит в синдром детского церебрального паралича, возникающего в раннем детском возрасте (преимущественно до 2 лет) в связи с травматическими или воспалительными заболеваниями головного мозга.

 Нарушения моторики у этих детей носят широкий спектр. Часто страдает и моторика верхней части лица (движения глаз, бровей), вследствие чего лицо бывает неподвижным, маскообразным, амимичным, наблюдается общая моторная неловкость, неуклюжесть. Родители отмечают, что ребёнок не может себя обслужить – сам не одевается, не обувается, плохо бегает, прыгает. Естественно, что все функции неречевого характера, в которых необходимо участие языка, губ и других частей речевого аппарата, оказываются также неполноценными: ребёнок плохо пережёвывает пищу, плохо её глотает, не умеет вовремя проглотить и задержать усиленно выделяющуюся слюну, поэтому наблюдается саливация.

 Клинически различают паралитическую. Спастическую, гиперкинетическую, смешанную и стёртую формы детского псевдобульбарного паралича.

 Чаще всего встречаются смешанные формы, когда у ребёнка имеются налицо все указанные явления нарушения моторики – почти одинаково выраженные симптомы пареза, спастичности и гиперкенеза.

 *Паретичность* проявляется в виде вялости, уменьшения силы движения, его замедленности и истощаемости; любое артикуляционное движение производится медленно, часто не доводится до конца: язык доходит только до зубов, он не удерживается там длительно, и повторное движение производится ещё с большим затруднением, а иногда и совсем не может быть повторено.

 Спастическое (напряженное) состояние всех артикуляционных органов также мешает движению.

Иногда на первом месте стоит не паретичность, а насильственные движения всего речевого аппарата, или даже всего тела, которые возникают при любой попытке движения губ, языка.

Речевое развитие уже с самых первых проявлений паралича происходит в ненормальных условиях. На основании многочисленных данных установлено, что период лепета у такого ребёнка отсутствует. Родители отмечают, что их ребёнок с раннего детства был молчалив, но понимал речь окружающих, а собственная речь после появления первого слова *мама* не развивалась до 2 – 4 лет, а иногда даже до 5 лет. Дальше речь развивается и достигает своего нормального уровня в отношении полноты словаря, структуры слова и фразы.

Тяжёлое нарушение речи и нарушение общей моторики оказывают задерживающее влияние на общее развитие и характер детей: они делаются застенчивыми, малообщительными, нерешительными, пассивными, выключенными из детского коллектива, так как произношение, хотя и улучшается с возрастом, остаётся резко отстающим, причем страдает не только звукопроизношение, но и другие звуковые компоненты речи: голос, темп, ритм, интонация. Словом, речевое развитие при псевдобульбарной дизартрии идёт всё время дисгармонично, неравномерно – её звуковая сторона находится в явном несоответствии с другими сторонами речи.