С.В. Елизарова

МБДОУ «Детский сад №4 «Светлячок», г. Мичуринск

E-mail:[elizarov.mitia@yandex.ru](mailto:elizarov.mitia@yandex.ru)

**Развитие органов артикуляционного аппарата у детей с нормой и со стертой дизартрией**

Для правильного формирования звукопроизношения необходимо достаточное развитие артикуляционной моторики.

Артикуляционная моторика **–** совокупность скоординированных движений органов речевого аппарата и обеспечивающая одно из условий правильного звукопроизношения.

Произношение звуков речи **–** это сложный двигательный навык, которым ребенок овладевает с младенческих лет, проделывая массу разнообразных артикуляционных и мимических движений языком, губами, нижней челюстью. Точность, сила и дифференцированность этих движений развиваются у малыша постепенно.

Усвоение ребенком родного языка происходит в определенной последовательности по мере созревания нервно-мышечного аппарата. В первые месяцы после рождения у ребенка интенсивно развиваются слуховой, зрительный, двигательно-кинестетический анализаторы.Большинство исследователей считают, что речедвигательный анализатор начинает активно функционировать примерно к 1 году.

Ребенок рождается с готовыми к функционированию органами артикуляции. Однако проходит длительный подготовительный период, перед тем как он оказывается в состоянии произносить членораздельные звуки речи.

Характерной чертой развития речевой моторики является постепенность овладения артикуляцией звуков, где предыдущий этап определяет последующие, составляя для них основу поступательного движения вперед. Поэтому приостановка развития речевой моторики на первых этапах должна неизбежно повлечь за собой нарушение всего последующего хода овладения произношением.

Артикуляционный аппарат является частью периферического конца речедвигательного анализатора вместе с дыхательной системой и фонаторным отделом. Артикуляционный аппарат **–** это ротовая и носовая полость (надставная труба), куда поступает экспираторная выдыхаемая воздушная струя. Эти полости разделяются мягким небом с небной занавеской (задний край мягкого неба с маленьким язычком). Мягкое небо или поднимается и создает небно-глоточный затвор, касаясь задней стенки глотки, или опускается, тогда нет небно-глоточного затвора.

Деятельность речевых органов, связанных с произнесением звуков речи и различных их компонентов, составляющих слоги, слова называется артикуляцией. Положение, которое принимают органы артикуляции при произнесении того или иного звука, называют артикуляционным укладом. Каждый отдельный звук характеризуется только ему присущей комбинацией различных артикуляционных и акустических признаков.

Основными органами артикуляционного отдела периферического речевого аппарата являются: язык, губы, верхняя и нижняя челюсти, твердое и мягкое небо, зубы, альвеолы. Язык, губы, мягкое небо и нижняя челюсть **–**это подвижные органы артикуляции; зубы, альвеолы и твердое небо **–** неподвижные, которые не изменяют своего положения, но также участвуют в образовании звуков.

Добиться четкого произношения звуков, слов, фраз можно только при условии достаточной подвижности органов артикуляционного аппарата, их способности перестраиваться и работать координировано. У детей со стертой дизартрией нарушена, как статика, так и динамика артикуляторных движений.

Основное нарушение со стороны черепно-мозговых нервов связано с поражением подъязычных нервов (XII пары), которое проявляется в виде некоторого органического движения языка в сторону и в виде гиперкинезов. Повторные движения языка вверх, вперед и в стороны вызывают быстрое утомление, выражающееся в замедлении темпа движений, а иногда в легком посинении (цианозе) кончика языка.

Проявления нарушений артикуляционного аппарата:

**–** трудности переключения с одной позы на другую;

**–** сужение и ухудшение качества артикуляционного движения;

**–** в снижении времени фиксации артикуляционной формы;

**–** снижение количества правильно выполняемых движений.

При переключении речевых движений переход от одного состояния к другому осуществляется толчкообразно, с нарушением воспроизведения двигательного ряда, с возникновением персевераций и перестановок.

Для детей со стертой дизартрией характерны *нарушения артикуляционной моторики,* которые проявляются рядом признаков.

Выделяют следующие формы нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре:

1. паретичность мышц органов артикуляции **–** гипотония;
2. спастичность мышц органов артикуляции **--** постоянное повышение тонуса в мышцах языка, губ, в мускулатуре лица и шеи.

Паретичность мышц органов артикуляции (гипотония)проявляется в следующем: лицо гипомимично, мышцы лица при пальпации вялые, позу закрытого рта многие дети не выдерживают, т.к. нижняя челюсть не фиксируется в приподнятом состоянии из-за вялости жевательной мускулатуры, выражена гиперсаливация; губы вялые, углы их опущены, во время речи губы остаются вялыми и необходимой лабилизации звуков не производиться, что ухудшает просодическую сторону речи. Язык при паретической симптоматике тонкий, находится на дне полости рта, вялый кончик языка малоактивный. При функциональных нагрузках мышечная слабость увеличивается.

Особенностью артикуляции при гипотонии является назализация, когда гипотония мышц мягкого неба препятствует достаточному движению небной занавески вверх и прижимания ее к задней стенки зева. Поток воздуха выходит через нос, а поток воздуха, который выходит через ротовую полость, чрезвычайно слабый. Присутствие насильственных движений и оральных синкенезий в артикуляционной мускулатуре – частый признак стертой дизартрии.

Спастичность *мышц* органов артикуляции (выраженное повышение мышечного тонуса)проявляется в следующем: лицо амимично, мышцы лица при пальпации твердые, напряженные. Язык напряжен, оттянут назад, спинка его изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Напряженная спинка языка, поднята к твердому небу, что способствует смягчению согласных звуков. Поэтому особенностью артикуляции при спастичности мышц языка является палатализация, что может способствовать фонематическому недоразвитию. Повышение мышечного тонуса круговой мышцы рта приводит к спастическому напряжению губ, уплотненному смыканию рта. Губы у такого ребенка находятся постоянно в полуулыбке: верхняя губа прижимается к деснам. Во время речи губы не принимают участие в артикуляции звуков. Многие дети, у которых отмечается такая симптоматика, не умеют выполнять артикуляционные упражнения «трубочка», т.е. вытянуть губы вперед, и др. Язык при спастической симптоматике чаще изменен по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный.

Гиперкинезы при стертой дизартрии проявляются в виде дрожания, тремора языка и голосовых связок. Тремор языка проявляется при функциональных пробах и нагрузках. Например, поддержать широкий язык на нижней губе под счет 5-10 язык не может хранить состояние покоя, проявляется дрожание и легкий цианоз (т.е. посинение кончика языка), а в некоторых случаях язык крайне беспокойный (по языку прокатываются волны в поперечном или продольном направлении).

В этом случае ребенок не может удержать язык вне полости рта. Гиперкинезы языка чаще сочетаются с повышенным тонусом мышц артикуляционного аппарата.

Апраксия при стертой дизартрии проявляется одновременно в невозможности выполнения, каких либо произвольных движений органами артикуляции. В артикуляционном аппарате апраксия проявляется в невозможности выполнениях определенных движений или при переключении от одного движения к другому. Можно наблюдать кинетическую апраксию, когда ребенок не может плавно переходить от одного движения к другому. У других детей наблюдается кинестетическая апраксия, когда ребенок производит хаотические движения, «нащупывая» нужную артикуляционную позу.

Девиация, т.е. отклонение языка от серединной линии, проявляются также при артикуляционных пробах, при функциональных нагрузках. Девиация языка сочетается с асимметрией губ при улыбке со сглаженностью носовой складки.

Гиперсаливация (повышенное слюноотделение) определяется лишь во время речи. Дети не справляются с саливацией, не сглатывают слюну, при этом страдает произносительная сторона речи и просодика.

И сходя из всего вышесказанного следует, что нарушения артикуляционной моторики в сочетании между собой составляют важный синдром дизартрии **–** синдром артикуляционных расстройств.

Дети со стертой формой дизартрии по заданию выполняют все движения из логопедической гимнастики, но качество этих движений страдает: смазанность, нечеткость 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.

Поэтому решение вопроса о способах коррекции нарушений артикуляционной моторики детей ведет нас к поиску наиболее эффективных путей решения этой проблемы.

Список литературы

1. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М.: АСТ: Астрель, 2010. 75с.

2. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. логопедия. Дизартрия. М.: Гуманитар, изд. Центр ВЛАДОС, 2009. 215с.

3. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия. М.: ВЛАДОС, 2013. 59с.

4. Боровцова Л.А. Организация и содержание логопедической работы в дошкольном образовательном учреждении: учеб. пос. для студ. Т.: ОАО Тамбовская типография «Пролетарский светоч», 2007. 357с.