ФИО, должность (можно написать и должность и, что магистрант) магистрант

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ И КОРРЕКЦИИ СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИИ У ДОШКОЛЬНИКОВ**

***Аннотация. В статье рассмотрены вопросы коррекции стертой дизартрии у детей. Дается анализ подходов к изучению данного речевого нарушения. Описываются классификации стертой дизартрии. Подчеркивается значимость исследования и построения коррекционной работы на основе междисциплинарного подхода. Раскрываются этапы логопедической коррекции.***

***Ключевые слова: стертая дизартрия, междисциплинарный подход, неврологическое обследование, логопедическое обследование, компенсация речевого дефекта.***

Проблема возникновения у детей стертой дизартрии крайне сложна и неоднозначна.

Впервые вопрос о нетипичных нарушениях произношения, для коррекции которых необходимы длительные занятия, был поставлен во второй половине XIX века Г. Гутцманом, который отметил общие признаки таких расстройств, проявлявшихся в «смытости, стертости артикуляции». В 1879 году А. Куссмаулем был детально описан ряд форм расстройств речи, среди которых он изучил особый род нарушений звукопроизношения у детей и назвал их «дизартрия». Им были выделены различные проявления дизартрии: расстройство артикуляции и расстройство дикции. Первое назвали дизартрией, а второе - дисфазией[9].

Стертая дизартрия стала выделяться в логопедии в 50-60 годы XX века. Для обозначения были использованы такие термины как апраксическая дизартрия, артикуляторная диспраксия, органическая, центральная или усложненная («затяжная») дислалия, функциональная дизартрия, малая дизартрия, минимальные дизартрические расстройства и др.

Сам термин «стертая форма дизартрии» был предложен О. Н. Токаревой, которая считала, что к данной группе относятся дети, которые могут произносить звуки правильно изолированно, но в спонтанном речевом потоке они не дифференцированы и не автоматизированы.

В дальнейшем в исследованиях Л. В. Лопатиной, Е Ф. Соботович и др. такие нарушения стали обозначаться как стертая дизартрия[6, 8].

М. Н. Давыдовой было дано определение стертой дизартрии как нарушения звукопроизношения, вызванного избирательной неполноценностью некоторых моторных функций двигательного аппарата, а также слабостью и вялостью артикуляционной мускулатуры, которое можно отнести к легкой стертой псевдобульбарной дизартрии [3].

По определению А. Н. Корнева, стертая дизартрия – это избирательное, негрубое, но довольно стойкое нарушение звукопроизношения, которое сопровождается легкими, своеобразными нарушениями иннервационной недостаточности артикуляционных органов. Оно занимает, по мнению ученого, промежуточное положение между дислалией и дизартрией. Терминологическое обозначение данного речевого нарушения не отражает клинической и нозологической самостоятельности данной группы. Им предложен термин «вербальная диспраксия» [4].

На сегодняшний день в отечественной логопедии имеет место обозначение данной речевой патологии как «минимальные дизартрические расстройства» (МДР), в зарубежной практике используется термин «артикуляционная диспраксия развития» [9].

Наиболее глубоко причины, особенности возникновения и характеристика проявлений стертой дизартрии исследованы Е. Ф. Архиповой, Л. В. Лопатиной.

Е. Ф. Архипова считает ее сложным речевым расстройством, характеризующимся вариативностью нарушений компонентов речевой деятельности: артикуляции, дикции, голоса, дыхания, мимики, мелодико- интонационной стороны речи [1].

Л. В. Лопатина отмечает, что при стертой дизартрии у детей невыразительная речь, плохая дикция, искажение и замены звуков в слоговой структуре, т.е. имеют место расстройства фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы, вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга [6].

Е. В. Резниковой приводятся классификации дизартрии на основе степени тяжести (анартрия, дизартрия (в чистом виде с ярко выраженными симптомами по всем критериям), стертая дизартрия (минимальные дизартрические расстройства) и на основе синдромологического подхода, которая применительна к детям с детским церебральным параличом. Ведущий неврологический синдром и ведущий феномен нарушения моторики в данном случае являются основным критерием при проведении диагностики. Необходимо отметить, что такая систематика требует наряду с углубленными неврологическими исследованиями еще и всестороннего динамического учета состояния ребенка в процессе его постнатального развития. Выделяют следующие формы дизартрии: спастико - паретическую, спастико - ригидную, спастико -атактическую, спастико - гиперкинетическую, атактико -гиперкинетическую [7].

Стертая дизартрия такими авторами как Е. Н. Винарская, Е. Ф. Соботович, А. Ф. Чернопольская и др. классифицируется на основании патогенетического варианта следующим образом:

* Стертая [корковая дизартрия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/cortical-dysarthria). Обусловлена микроочаговым поражением коркового речедвигательного центра. Нарушена только фонетическая (произносительная) стороны речи. Фонематические и просодические компоненты сохранны.
* Стертая экстрапирамидная дизартрия. Связана с повреждением подкорковых ядер и ганглиев. На первый план выходят расстройства просодики; нарушения звуковоспроизведения и звуковосприятия выражены в меньшей степени.
* Стертая псевдобульбарная дизартрия. Возникает при поражении проводящих путей, ведущих от коры к ядрам черепно-мозговых нервов. В равной степени определяются нарушения всех фонетико-фонематических компонентов.
* Смешанная форма стертой дизартрии. Обычно включает в себя псевдобульбарный компонент, поэтому основные дефекты отмечаются в произносительной и звукоразличительной стороне речи [2,8].

Основными проявлениями стертой дизартрии можно считать следующие.

С точки зрения неврологического статуса отмечается мозаичность нарушений иннервации лицевого, языкоглоточного или подъязычного нервов. Нарушения функции лицевого нерва проявляются в сглаженности, асимметричности носогубных складок, недостаточном объеме движения губ при оскаливании. В случаях нарушения функции подъязычного нерва отмечается невозможность удержания статической позы, а также тремор кончика языка, трудности поднятия языка вверх, отклонения кончика языка в сторону пареза (девиация); ограничивается подвижность средней части языка.

При поражениях подъязычного нерва затруднены движения нижней челюсти, отмечается повышенная саливация, нарушения функции глотания и др. нарушения.

В работах Е. А. Лариной и Н. В. Гаркуши, рассматривается стертая дизартрия как один из распространенных речевых дефектов, представляющих собой сложный симптомокомплекс нарушений фонетико-фонематической и просодической стороны речи на фоне моторной органической недостаточности. Ведущими в структуре рассматриваемого речевого дефекта являются нарушения произношения в результате нарушений двигательной сферы и интонационной стороны речи. Проведенное авторами исследование детей со стертой дизартрией на основе междисциплинарного подхода включало нейропсихологическую диагностику (А. Ю. Абрамова), дополненную лингвологопедическим обследованием (авторской скрининг-диагностика интонационной стороны речи Е. А. Лариной), доказало, что при коррекции данного нарушения крайне важным является междисциплинарность во взаимодействии специалистов разных профилей (учитель-логопед, невропатолог, психолог, дефектолог, нейропсихолог, физиотерапевт, специалист ЛФК), участвующими в комплексной реабилитации детей с дизартрией[5].

Начинать обследование при стертой дизартрии необходимо с неврологического, которое позволяет выявить характер и тяжесть специфических нарушений (парезов, мышечной дистонии, оральной апраксии, гиперкинезов). С целью объективизации диагноза и выявления патологии, которая может служить патогенетической основой для легкой дизартрии, назначается ЭЭГ, электронейромиография, МРТ головного мозга.

В рамках медицинского подхода показан прием ноотропных препаратов, витаминов группы В, призванных активизировать работу нервной системы.

Медикаментозную терапию целесообразно дополнять общим массажем, [ЛФК](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/lfk-neurology/), [рефлексотерапией](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/reflexotherapy/), физиотерапией, плаванием. Это позволит нормализовать мышечный тонус, улучшить моторные навыки [9,10].

Логопедическое обследование предполагает на первичном этапе изучение анамнеза ребенка, состояния общей и мелкой моторики, артикуляционного праксиса и мимической мускулатуры, просодики, речевого дыхания. В дальнейшем логопед переходит к оценке звукопроизношения, фонематического слуха, лексики и грамматики. Отличительной чертой логопедического обследования и исследования структуры развития речевого дефекта детей с диагнозом дизартрия считается соотнесение нарушений артикуляционной моторики с двигательными нарушениями. Оформляется речевая карта, в ней совместно с клиническим диагнозом, который поставил врач, указывая форму дизартрии, формулируется заключение логопеда, которое основывается на принципе системного подхода к анализу речевых нарушений. Обязательным условием является состояние покоя при обследовании. Если ребенок будет напуган или еще хуже будет плакать, это может сказаться на повышении тонуса мышц, получается неверное представление о речевых и двигательных возможностях ребёнка [8].

Уже на повторном приеме логопед – дефектолог, на основании заключения невролога и результатов диагностики, после сопоставления медицинских и психолого-педагогических данных делает заключение о наличии у ребенка речевых нарушений (ФФН, ОНР), обусловленных стертой дизартрией. В процессе медико-логопедического обследования минимальные дизартричесике расстройства (МДР) дифференцируют от полиморфной (сложной) дислалии[9].

Коррекция стертой дизартрии включает пять этапов (по Е. Ф. Архиповой, Л. В. Лопатиной).

1-й этап — подготовительный. Целью этого этапа является подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов. Он осуществляется по шести направлениям: 1) нормализация мышечного тонуса, 2) нормализация моторики артикуляционного аппарата, 3) нормализация речевого выдоха, выработка плавного, длительного выдоха, 4) нормализация голоса. С этой целью проводятся голосовые упражнения, которые направлены на вызывание более сильного голоса и на модуляции голоса по высоте и силе; 5) нормализация просодики, 6) нормализация мелкой моторики рук.

2-й этап — выработка новых произносительных умений и навыков. Направления: 1) выработка основных артикуляционных укладов; 2) определение последовательности работы над звуками; 3) развитие фонематического слуха, 4) постановка звука; 5) автоматизация; 6) дифференциация (дифференциация на слух; дифференциация артикуляции изолированных звуков; произносительная дифференциация на уровне слогов, слов).

3-й этап — выработка коммуникативных умений и навыков. Направления: 1) выработка самоконтроля; 2) тренировка правильных речевых навыков в различных речевых ситуациях.

4-й этап — преодоление или предупреждение вторичных нарушений.

5-й этап — подготовка к обучению в школе [1,6].

Достичь стойкого положительного эффекта при данном нарушении возможно только при комплексном подходе к коррекции и компенсации дефекта. Поэтому родителям необходимо настроиться на длительную, кропотливую работу.

Основным задачами с точки зрения психолого - педагогической, логопедической коррекции выступают: развитие сенсорных функций; уточнение пространственных представлений; формирование конструктивного праксиса; развитие высших корковых функций; формирование тонких дифференцированных движений рук; формирование познавательной деятельности; психологическая подготовка ребенка к обучению в школе

Общемедицинские и логопедические мероприятия проводятся параллельно и включают в себя пальчиковую и артикуляционную гимнастику. Развитие координированных движений руки находится в тесной связи с развитием артикуляционного праксиса, поэтому в процессе логопедических занятий большое внимание уделяется пальчиковой гимнастике. Артикуляционные упражнения способствуют укреплению оральной мускулатуры, овладению правильными артикуляционными укладами и переключениями. Специальные дыхательные приемы помогают выработать сильную и плавную воздушную струю, необходимую для нормативной фонации.

[Логопедический массаж](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-therapy/massage) является неотъемлемым компонентом коррекции стертой дизартрии. Он может быть включен в структуру логопедического занятия или проводиться отдельным курсом. Позволяет подготовить органы артикуляции к звукопостановке. Включает массаж мышц лица и полости рта. Наиболее эффективен при дизартрии зондовый массаж.

[Коррекция речевых расстройств](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech/) предполагает постановку дефектных звуков, их закрепление (автоматизацию) в слогах, словах и фразовой речи, дифференциацию смешиваемых фонем. Особенностью коррекции МДР является сложность и длительность автоматизации звуков. Параллельно ведется работа над преодолением фонематических нарушений, развитием интонационно-мелодической стороны речи, усвоением лексико-грамматических категорий. Общая продолжительность курса логопедических занятий может составлять до года и более[10].

Таким образом, можно сделать вывод, что стертая дизартрия является сложным речевым расстройством, характеризующимся вариативностью нарушений компонентов речевой деятельности: артикуляции, дикции, голоса, дыхания, мимики, мелодико - интонационной стороны речи, значительным нарушением звукопроизносительной стороны речи. При стертой дизартрии страдает взаимодействие моторных, сенсорных речевых систем, что мешает эффективности реализации функций организма. Поэтому только междисциплинарный подход обеспечит эффективность и своевременность, комплексность коррекционной работы с детьми дошкольного возраста.

**Список литературы**

1. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей. Серия: Высшая школа – Москва: АСТ, 2007-2008. 254 с.
2. Винарская Е. Н. Дизартрия / Е.Н. Винарская – Москва: Ленанд, 2021. 208с.
3. Давыдова М. П. Коррекция речи у детей с дизартрией. Курск: Курский областной институт усовершенствования учителей, 1991. 134 с.
4. Корнев А. Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А.Н. Корнев. – Санкт Петербург: Речь, 2006. 378с.
5. Ларина Е. А., Н. В. Гаркуша Междисциплинарное синдромальное описание структуры дефекта у детей со стертой дизартрией Специальное образование. 2021. № 3 С. 154 -163
6. Лопатина, Л. В. Логопедическая работа по коррекции стертой дизартрии. Монография. Москва: УМЦ «Добрый мир», 2015. 302 с.
7. Резникова Е. В. Психолого-педагогическое сопровождение детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией: монография / Е.В. Резникова. - Челябинск: Издательство Юж.Урал.гос. гуман.- пед.ун-та, 2022. 278 с
8. Соботович, Е. Ф. Проявление стертых форм дизартрии и методы их диагностики /Е. Ф. Соботович, А. Ф. Чернопольская // Дефектология. 2014. № 4. С. 31−35.
9. Сайт «Стертая дизартрия у детей - симптомы, причины и методы ее коррекции» [Электронный ресурс]: https://logopedprofiportal. ru/blog/744615
10. Сайт «Красота и медицина». Стертая дизартрия [Электронный ресурс]: https://www.krasotaimedicina.ru /diseases/speech- disorder/erased-dysarthria