

attracting the attention of students to the word as a unit of speech. Exercises morphemic and formative design promotes active absorption formative resources of their native language. The systematic application of the lessons of the Ukrainian language word-building analysis contributes to the understanding of younger students with severe speech disorders morpheme as the semantic component of the word. The article focuses on the fact that a prerequisite for enriching the vocabulary of students with severe speech disorders derivative is practical vocabulary mastery affixed way of word formation. The proposed systematic exercises help to familiarize students with the semantics of affixes (suffixes, prefixes). Systematic work on the semantics of words in the processing section "structure words" improves pronouncing and spelling literacy.

Keywords: junior schoolchildren with heavy violations of broadcasting, morpheme, word, structure of word, семантика.

Стаття надійшла до редакції 22.09.2014 р.

Статтю прийнято до друку 23.09.2014 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Дмитрієва І. В.

УДК: 376-056.264

КЛІНІКО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ЗІ СТЕРТОЮ ДИЗАРТРІЄЮ

Дідкова Л.М.

Дизартрія – це порушення звуковимови, голосоутворення і просодики, обумовлене недостатньою іннервацією м'язів мовного апарату: дихального, голосового, артикуляційного. При дизартрії порушується руховий механізм мовлення за рахунок органічного ураження центральної нервової системи. Структура дефекту при дизартрії складає порушення всієї вимовної сторони мовлення та ряд немовних процесів: просторових уявлень, дрібної і загальної моторики та ін..

Вивчення стертої дизартрії є предметом дослідження медичних, педагогічних і лінгвістичних дисциплін.

Стерта дизартрія (легка ступінь дизартрії, МДР – мінімальні дизартричні розлади) в логопедичній практиці – одно із самих розповсюджених порушень вимовної сторони мовлення.

Вперше питання про нетипові порушення вимови, для корекції яких необхідні довготривалі заняття, було поставлене Г.Гуцманом у другій половині дев'ятнадцятого століття. Автор відмітив загальні ознаки таких розладів, що проявляються в "змитості, стертості артикуляції" (С.І.Маєвська, Г.В.Гуровець).

Легку стерту дизартрію виділяють Л.В.Мелехова і Є.Н.Правдіна під час обстеження дітей зі складною дислалією. Ними виділені функціональна, механічна дислалія, а також органічна церебральна дислалія, які в подальшому стали називатись стертою дизартрією. При цих розладах автори відмічають недостатню рихливість окремих м'язевих груп мовленнєвого апарату, загальна слабкість всього периферичного мовленнєвого апарату внаслідок ураження тих чи інших відділів нервової системи.

Вивчаючи анамнестичні дані дітей зі стертою дизартрією, Л.В.Лопатіна, Є.Ф.Архіпова, Є.М.Мастюкова, І.Б.Кареліна та ін. Виділяють наступні фактори: загроза зриву вагітності, токсикози, асфіксія, низький оцінювальний бал за шкалою Апгар при народженні, наявність у більшості дітей в перший рік життя діагноза перинатальної енцефалопатії.

Цікаві дані представлені Л.В.Лопатіною при вивченні психомоторики дітей з мінімальними дизартричними розладами. При дослідженні психомоторики дітей зі стертою дизартрією використовувались тести, запропоновані Н.І.Озерецьким, Є.Я.Бондаревським, М.В.Серебровською.

1. Тест на статистичну координацію рухів показує, що порушення статички проявляється зі значними труднощами (а іноді і неможливості) збереження рівноваги.

2. Тест на динамічну координацію рухів. Виконання тестових завдань на дослідження динамічної координації рухів характеризується недостатньо узгодженою діяльністю різних м'язевих груп, незграбністю виконаних рухів.

3. Тест на дослідження швидкості рухів. Виконання завдання на дослідження швидкості рухів показує, що більша половина дітей затруднюються сісти на підлогу і встати без допомоги рук. В основному завдання виконується в повільному темпі.

4. Тести на рухову пам'ять. При відтворенні рухів спостерігається сповільнення їх темпу або, навпаки, прискорення.

5. Тест на одночасність рухів. Даний тест викликає найбільше утруднення для дітей зі стертою дизартрією. Частіше відмічаються або виражені труднощі виконання цих рухів (особливо для лівої руки), або різночасність їх виконання.

6. Тест на виявлення синкінезій (тобто співдружніх, зайвих рухів). Зафіксовані випадки виконання рухів в повільному темпі, з порушенням амплітуди, з напруженням пальців при утриманні олівця, з багаточисельними синкінезіями: рухами губ, висуванням язика, нахилом голови вперед та ін.. [2.с.30].

Дані тести спрямовані на виявлення зрілості рівневої організації рухів за Н.А.Берштейном. Дослідження Л.В. Лопатіної підтверджують, що у дітей зі стертою дизартрією майже за всіма рівнями (за Берштейном) відмічаються відхилення від нормативів в психомоториці. Виявляються порушення функції статистичної рівноваги (рівень А), динамічної координації (рівень В), порушення темпу і точності рухів (рівень В і С), зниження рухової пам'яті (рівень Д). Дані дослідження розкривають не тільки механізм порушення і структуру дефекту при стертії дизартрії, але і визначає нові напрямки в психолого-педагогічному, медичному та логопедичному аспектах впливу, спрямованому на корекцію психомоторики дітей.

Дослідження неврологічного статусу дітей зі стертою дизартрією виявляють відхилення в нервовій системі, що проявляються в формі невираженого одностороннього гемісиндрому. Паретичні симптоми спостерігаються в артикуляційній та загальній мускулатурі, що пов'язано з порушенням іннервації лицевого, язикоглоткового або підязикового нервів. (Г.В.Гуровець, С.І.Маєвська). У випадку порушення функцій підязикового нерва відмічається відхилення кінчика язика в сторону пареза, малорухливість середньої частини язика. При порушенні функції язикоглоткового нерва ведучими в симптоматиці є розлади фонації, поява назалізації, викривлення або відсутність задньоязикових звуків.

Дослідження Л.В.Лопатіної та ін. виявили у дітей зі стертою формою дизартрії порушення ліннервації мимічної мускулатури: наявність зглаженості носогубних складок, утруднення підняття бровей, асиметричність губ.

В 1879 році А.Куссмаулем було детально описано ряд форм розладів мовлення, серед яких вивчалися порушення звуковимови у дітей. Ним були виділені різні прояви дизартрії: як розлади артикуляції і розлади дикції.

Термін "стерта" дизартрія вперше був запропонований О.А.Токарєвою, яка охарактеризувала прояви "стертої дизартрії": як легкі (стерті) прояви "псевдобульбарної дизартрії", які відрізняються труднощами їх усунення. На думку автора, ці діти більшість звуків слабо автоматизують і недостатньо диференціюють. Відмічено, що порушуються артикуляційні рухи: недостатні рухи язика і губ, спостерігається неточність рухів і недостатність їх сили. Неточність рухів пояснюється гіперкінезами язика.

Пізніше М.П.Давидовою було запропоновано визначення стертої дизартрії: порушення звуковимови, викликане неповноцінністю моторних функцій мовнорухового апарату, а також в'ялістю і слабкістю артикуляційної мускулатури.

Для діагностики даного порушення необхідно звертати увагу на наявність неврологічної симптоматики, а також необхідно проводити динамічне спостереження в процесі корекційної роботи.

О.М.Корнєв визначає ці розлади як вибіркові, негрубі, але достатньо стійкі порушення звуковимови, які супроводжуються легкими, своєрідними порушеннями іннерваційної недостатності артикуляційних органів. Автором запропонований термін вербальна диспраксія.

В закордонній літературі (Б.Ж.Моделаєрс), використовується поняття мовленнєва або артикуляційна диспраксія розвитку (Developmental apraxia of speech - DAS). Визначають DAS, як порушення контролю за мовленнєвими рухами.

Моделаєрс користується таким визначенням даного мовленнєвого порушення: диспраксія – це розлад мовлення нейрогенного походження, але на відміну від дизартрії цей розлад пов'язаний не тільки з руховими порушеннями.

В працях Б.Ж.Морделаєрс висвітлюється специфіка проявів нерізких форм диспраксії дитячого віку, які можуть бути обумовлені труднощами початкового етапу мовленнєвого розвитку.

І.Б.Кареліною введена така термінологія, як мінімальні дизартричні розлади.

Для опису вказаних порушень пропонують різні терміни: артикуляційна диспраксія (М.Морлей); центральна органічна або ускладнена дислалія (М.Зеєман, Л.В.Мелехова); апраксічна дизартрія (Є.Н.Винарська).

В подальшому в дослідженнях Є.Ф.Архипової, Л.В.Лопатіної, Э.Я.Сизової, Є.Ф.Соботович указані розлади означали, як "стерта дизартрія", або як "стерта форма дизартрії", або як "мінімальні дизартричні розлади". [3. с.25]

Архіпова О.Ф. зазначає, що стерта форма дизартрії частіше всього діагностується після п'яти років. [1. с. 12] Діти, симптоматика яких відповідає стертії дизартрії, направляються на консультацію до невролога для уточнення діагнозу та назначення лікування, так як методика корекційної роботи повинна бути комплексною. Логопеди спеціалізованих груп планують логопедичну роботу слідуючим чином: на фронтальних, підгрупових заняттях вивчають програмний матеріал, спрямований на усунення загального недорозвинення мовлення, а на індивідуальних заняттях здійснюють корекцію вимовної сторони мовлення і просодики, тобто усунення симптомів стертої дизартрії.

Етіологія стертої дизартрії пов'язується з органічними причинами, що впливають на формування мозкових структур в пренатальний, натальний і ранній постнатальний періоди (Л.В.Лопатіна, Н.В.Серебрякова, Р.І.Мартінова, О.Ф.Архіпова, Г.В.Мелехова, Г.В.Гуровець, С.І.Маєвська та ін.).

Для раннього виявлення стертої дизартрії та правильної організації комплексного впливу, необхідно знати симптоми порушення. Обстеження дитини починається з аналізу анамнестичних даних, які вказують на відхилення у внутрішньоутробному розвитку (токсикози, нефропатія, гіпертонія та ін.); асфіксія новонароджених; затяжні або стрімкі пологи.

Стерта дизартрія може спостерігатись у дітей без явних рухових розладів, що перенесли родову травму і мають в анамнезі постнатальну енцефалопатію та інші нерізко виражені несприятливі впливи під час внутрішньоутробного розвитку або в період родів, а також після народження. В даних випадках стерта дизартрія пов'язана з іншими ознаками мінімальної мозкової дисфункції (О.М.Мастюкова).

Вперше спроба класифікації форм стертої дизартрії була зроблена О.М.Винарською і О.М.Пулатовим на основі класифікації видів дизартрії, запропонованою О.А.Токаревою. Дослідниками відмічено, що пірамідні спастичні паралічі у більшості дітей спостерігаються з різними гіперкінезами. В даній класифікації на перший план виступає лише ступінь порушення, але не ураховуються механізми і нозологія.

В дослідженнях Є.Ф.Соботович і А.Ф.Чернопольської вперше відмічено, що недоліки звукової сторони мовлення у дітей зі стертою дизартрією проявляються не тільки на тлі неврологічної симптоматики, але і на тлі порушення рухової сторони процесу звуковимови. В залежності від проявів порушень рухової сторони процесу вимови і з урахуванням локалізації паретичних явищ органів артикуляційного апарату автори виявили чотири групи дітей та виділили наступні види дизартрії:

- порушення звуковимови як наслідок вибіркової неповноцінності деяких моторних функцій мовнорухового апарату (I група);
- слабкість, в'ялість м'язів артикуляційного апарату (II група);
- клінічні особливості порушень звуковимови, пов'язані з утрудненням у виконанні довільних рухів (III група);
- дефекти звукової сторони мовлення, що спостерігаються у дітей різних форм моторної недостатності (IV група).

При обстеженні логопедом дітей зі стертою дизартрією у віці 5-6 років виявляються наступні симптоми:

Загальна моторика. Діти зі стертою дизартрією моторно незграбні, у них обмежений об'єм активних рухів, м'язи швидко стомлюються під час функціональних навантажень. Діти відстають в темпі, ритмі рухів, а також при переключенні з одного руху на інший.

Дрібна моторика рук. Діти зі стертою дизартрією з труднощами оволодівають навичками самообслуговування. Не можуть виконувати самі прості рухи, так як для цього потрібні тонкі диференційовані рухи рук і просторова орієнтація.

Особливості артикуляційного апарату. Паретичність м'язів артикуляційного апарату проявляється в наступному: м'язи обличчя при пальпації в'ялі; позиції закритого рота діти не утримують, так як нижня щелепа не фіксується в припіднятому стані із-за в'ялості жувальної мускулатури; губи в'ялі, краї їх опущені; під час мовлення губи залишаються в'ялими і необхідної лабіалізації звуків не виконується, внаслідок чого страждає просодична сторона мовлення. Язик при паретичній симптоматичі тонкий, знаходиться на дні порожнини рота, кінчик язика малоактивний.

Спастичність м'язів артикуляційного апарату проявляється в наступному: м'язи обличчя при пальпації тверді, напружені. Губи у дитини зі стертою дизартрією постійно знаходяться напівпосмішці: верхня губа прижмається до десен. Під час мовлення губи не приймають участь в артикуляції звуків. Діти з даною патологією не можуть виконати артикуляційну вправу "трубочка". Язик при спастичній симптоматичі є малорухомий, товстий, без вираженого кінчика.

Апраксія у дітей зі стертою формою дизартрії виявляється одночасно в неможливості виконання визначених довільних рухів руками і органами артикуляції або під час переключення від одного руху до іншого, тобто апраксія присутня на всіх моторних рівнях. Спостерігається кінестетична апраксія, коли дитина не може плавно переходити від одного руху до іншого. Часто спостерігається кінестетична апраксія, коли дитина виконує хаотичні рухи, шукаючи потрібну артикуляційну позу.

Девіація, тобто відхилення язика від середньої лінії, проявляється також при артикуляційних пробах, при функціональних навантаженнях. Девіація язика сполучається з асиметрією губ під час усмішки зі зглаженістю носогубної складки.

Гіперкінези при стертій формі дизартрії проявляються у вигляді тремора язика і голосових зв'язок. Тремор язика спостерігається при функціональних пробах і навантаженнях. Наприклад, при завданні утримати широкий язик на нижній губі під рахунок до десяти, язик не може зберегти стану спокою і з'являється дрижання і

легкий ціаноз (тобто синюшність кінчика язика). В деяких випадках язик край неспокійний (по язика прокочуються якби хвилі в продольному і в поперечному напрямках).

Гіперсаливація, тобто підвищене слюновиділення, визначається лише під час мовлення. Діти не справляються із саливацією, при цьому страждають вимовна сторона мовлення і просодика.

При обстеженні моторної функції артикуляційного апарату у дітей зі стертою формою дизартрії відмічається можливість виконання дітьми всіх артикуляційних проб, тобто діти за завданням виконують всі артикуляційні рухи. Але щодо якості виконання цих рухів відмічається: змазаність, нечіткість артикуляції, слабкість напруги м'язів, аритмічність, зниження амплітуди рухів, короткочасність утримання визначеної пози, зниження об'єму рухів, швидку стомлюваність м'язів та ін.. Таким чином, при функціональних навантаженнях якість артикуляційних рухів знижується. Це і призводить під час мовлення до викривлення звуків, змішуванню їх та погіршенню просодичної сторони мовлення в цілому.

Звуковимова. Порушення звуковимови у дитини зі стертою дизартрією нагадує складну дислалію. При обстеженні звуковимови спостерігаються змішування, викривлення звуків, заміна і відсутність звуків. Але, на відміну від дислалії, в мовленні дитини зі стертою дизартрією має місце порушення і просодичної сторони. Дані порушення звуковимови і просодики впливають на розбірливість та виразність мовлення. Звуки при стертії дизартрії ставляться тими ж способами, що й при дислалії, але довго не автоматизуються і не використовуються в мовленні дитини. Найбільш розповсюдженим порушенням є дефект вимови свистячих і шиплячих звуків. Достатньо часто відмічаються бокове і міжзубне викривлення звуків. Діти з труднощами вимовляють слова складної складової структури, спрощують звуконаповнюваність, опускаючи приголосні звуки при збігу приголосних. Можливі випадки, коли при вмінні правильно вимовляти ізольовані фонемні спостерігається їх опускання у словах, спрощення вимови складних за артикуляційними ознаками слів, перекручування слів. Можливі також зміни між найскладнішими за артикуляцією фонемами (подібними за звучанням, але протилежними за місцем чи способом утворення), що вказує на наявність не тільки порушень моторного характеру, але й вторинного недорозвитку фонематичних процесів.

Просодика. Інтонаційно-виразна окраска мовлення дітей зі стертою дизартрією різко знижена. Порушується тембр мовлення і з'являється іноді назальний відтінок. Послаблений мовленнєвий видих, страждають голосові модуляції за висотою і силою. Голос дітей під час мовлення тихий, не вдаються модуляції за висотою, за силою голосу (дитина не може за наслідуванням імітувати голоси тварин то високим, то низьким голосом).

У деяких дітей мовленнєвий видих прискорений, тому вони говорять на вдосі.

Дослідження Л.В.Лопатіної дозволило виявити особливості фонетичних порушень у дітей дошкільного віку зі стертою дизартрією. Для цієї категорії дітей характерно поліморфне порушення звуковимови. Найбільш поширеними є порушення вимови свистячих звуків, за ними – порушення шиплячих звуків. Менш поширеними виявляються порушення вимови сонорів.

У дослідженнях Л.В.Лопатіної представлені три групи дітей зі стертою дизартрією.

Критеріями диференціації груп виступає якість вимовної сторони мовлення: стан звуковимови, просодики, рівень сформованості мовних засобів (лексики, граматичної будови), а також загальної і артикуляційної моторики. Загальним для всіх груп дітей є стійке порушення звуковимови: спотворення, змішування, заміна, труднощі автоматизації поставлених звуків.

Перша група. Діти, у яких є порушення звуковимови і просодичної сторони мовлення. Дана група дуже схожа на дітей з дислалією (ФН). Часто логопеди їх ведуть як дислаліків і тільки в процесі логопедичної роботи, коли нема позитивної динаміки, виникає підозра, що це стерта форма дизартрії. Це підтверджується при глибокому обстеженні та після консультації у невролога. Як правило, діти зі стертою дизартрією мають хороший рівень мовленнєвого розвитку. Але у деяких виражені труднощі при засвоєнні, розрізненні і відтворенні прийменників. Разом з тим, у дітей багатий словниковий запас, але є утруднення при вимові слів складної складової структури. Зв'язне мовлення формується відповідно до вікових норм. Крім того, багато дітей даної категорії не орієнтуються в просторі і т.д.

Друга група. Це діти, у яких є порушення звуковимови і просодичної сторони мовлення, як наслідок незакінченого процесу формування фонематичного слуху. В цьому випадку у дітей в мовленні зустрічаються одиничні лексико-граматичні помилки. Діти допускають помилки при сприйманні на слух та повторенні складів і слів з опозиційними звуками. Словник відстає від вікової норми. У дітей констатується несформованість слухової і вимовної диференціації звуків. Дефекти звуковимови стійкі. У деяких дітей даної категорії спостерігаються труднощі при словотворенні. Дана група дітей із фонетико-фонематичним недорозвиненням (ФФН) і стертою дизартрією повинна направлятися логопедом поліклініки на психолого-медико-педагогічну комісію (ПМПК), в спеціалізований дитячий садок (в групу ФН).

Третя група. Це діти, у яких стійке поліморфне порушення і недолік просодичної сторони мовлення співставляється з недорозвиненням фонематичного слуху. Відмічається обмежений словниковий запас, виражені помилки в граматичній будові, неможливість зв'язного висловлювання, значні утруднення виникають при засвоєнні слів різної складової структури.

Діти цієї групи демонструють несформованість слухової і вимовної диференціації. Ці діти зі стертою дизартрією і загальним недорозвиненням мовленням (ЗНМ) повинні направлятися на ПМПК в групи ЗНМ. [2. с.17]

Таким чином, в залежності від рівня розвитку мовних засобів діти зі стертою дизартрією направляються в спеціалізовані групи:

- з фонетичними порушеннями;
- з фонетико-фонематичним недорозвиненням;
- з загальним недорозвитком мовлення. [1. с.17]

Таким чином, найбільш стійкими, провідними у структурі мовленнєвого дефекту у дітей зі стертою дизартрією є порушення фонетичної сторони.

Література

1. **Архипова Е.Ф.** Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / О.Ф.Архипова. – М: АСТ: Астрель, 2008.- 254 с. 2.**Архипова Е.Ф.** Стертая форма у детей: учеб. Пособие для студентов вузов / Е.Ф.Архипова. – М.: АСТ: Астрель: ХРАНИТЕЛЬ, 2007. – 319, [1] с.: ил. – (Высшая школа). 3. **Архипова Е.Ф.** Логопедический массаж при дизартрии/ Е.Ф.Архипова. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2010, - 123. 4. **Лопатина Л.В.** Проявления и диагностика фонетических нарушений при стертой дизартрии // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена. – 2006. - № 14 – с 219-230. 5. **Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В.** Преодоление речевых нарушений у дошкольников. (Коррекция стертой дизартрии). – СПб., 2001. 6. **Мелехова Л.В.** Дифференциация дислалий // Очерки по патологии речи и голоса. – М., 1987. – с.87. 7. **Соботович Е.Ф., Чернопольская А.Ф.** Проявления стертых дизартрий и методы их диагностики / Дефектология. – 1974.- №4.

References

1. **Arhypova E.F.** Korrekcyonno-logopedycheskaja rabota po preodoleniju stertoj dyzartyjy u detej / O.F.Arhypova. – M: AST: Astrel', 2008.- 254 s. 2.**Arhypova E.F.** Stertaja forma u detej: ucheb. Posobyje dlja studentov vuzov / E.F.Arhypova. – M.: AST: Astrel': HRANYTEL", 2007. – 319, [1] s.: yl. – (Vysshaja shkola). 3. **Arhypova E.F.** Logopedycheskij massazh pry dyzartrijy/ E.F.Arhypova. – M.: AST: Astrel'; Vladymyr: VKT, 2010, - 123. 4. **Lopatyna L.V.** Projavlenija y dyagnostyka fonetycheskyh narushenij pry stertoj dyzartrijy // Yzvestija Rossyjskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo unyversyteta ym. A.Y.Gercena. – 2006. - № 14 – s 219-230. 5. **Lopatyna L.V., Serebrjakova N.V.** Preodolenje rechevyh narushenij y doshkol'nykov. (Korrekcija stertoj dyzar'riy). – SPb., 2001. 6. **Meleхова L.V.** Dyfferencyacija dyslalij // Oчерky po patologyy rechy y golosa. – M., 1987. – s.87. 7. **Sobotovych E.F., Chernopol'skaja A.F.** Projavlenija stertyh dyzartrij y metody yh dyagnostyky / Defektologija. – 1974.- №4.

Дідкова Л.М. Клініко-педагогічна характеристика дітей зі стертою дизартрією

У статті висвітлюється клініко-педагогічна характеристика дітей зі стертою дизартрією. Вивчення стертої дизартрії є предметом дослідження медичних, педагогічних і лінгвістичних дисциплін. Для стертої дизартрії характерно наявність симптомів мікроорганічного ураження центральної нервової системи: недостатня іннервація органів мовлення – голосового, артикуляційного і дихального відділів; порушення м'язового тону артикуляційної та мимічної мускулатури. Акцентується увага на стійкі порушення фонетичної та просодичної сторін мовлення, які є провідними в структурі мовленнєвого дефекту. Порушення звуковимови носять поліморфний характер і виражаються в антропофонічних та фонологічних дефектах. Представлені тести, запропоновані науковцями для дослідження психомоторики дітей зі стертою дизартрією. Висвітлена симптоматика стертої дизартрії. Складна структура мовленнєвого порушення при стертії дизартрії потребує комплексного підходу в організації і проведенні корекційних заходів. Для діагностики даного порушення необхідно звертати увагу на наявність неврологічної симптоматики. Дослідження неврологічного статусу дітей зі стертою дизартрією виявляють відхилення у нервовій системі, що проявляються в формі невираженого одностороннього гемісиндрому. Паретичні симптоми спостерігаються в артикуляційній та загальній мускулатурі, що пов'язано з порушенням іннервації лицьового, язикоглоткового або під'язикового нервів. Складність структури дефекту при дизартрії визначає напрямок та зміст комплексного корекційного впливу, що включає медичний, психолого-педагогічний і логопедичний аспекти.

Ключові слова: стерта дизартрія, артикуляція, порушення звуковимови.

Дидкова Л.М. Клинико-педагогическая характеристика детей со стертой дизартрией

В статье освещается клинико-педагогическая характеристика детей со стертой дизартрией. Изучение стертой дизартрии является предметом исследования медицинских, педагогических и лингвистических дисциплин. Для стертой дизартрии характерно наличие симптомов микроорганического поражения центральной нервной системы: недостаточная иннервация органов речи - голосового, артикуляционного и дыхательного отделов; нарушение мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры. Акцентируется внимание на стойкие нарушения фонетической и просодической сторон речи, являющиеся ведущими в структуре речевого дефекта. Нарушение звукопроизношения носят полиморфный характер и выражаются в антропофонических и фонологических дефектах. Представлены тесты, предложенные учеными для исследования психомоторики детей со стертой дизартрией. Освещена симптоматика стертой дизартрии. Сложная структура речевого нарушения при стертой дизартрии требует комплексного подхода в организации и проведении коррекционных мероприятий. Для диагностики данного нарушения необходимо обращать внимание на наличие

неврологической симптоматики. Исследование неврологического статуса детей со стертой дизартрией выявляют отклонения в нервной системе, проявляющиеся в форме невыраженного одностороннего гемисиндрома. Паретические симптомы наблюдаются в артикуляционной и общей мускулатуре, что связано с нарушением иннервации лицевого, языкоглоточного или подъязычного нервов. Сложность структуры дефекта при дизартрии определяет направление и содержание комплексного коррекционного воздействия, включающего медицинский, психолого-педагогический и логопедический аспекты.

Ключевые слова: стертая дизартрия, артикуляция, нарушение звукопроизношения.

Didkova L.M. Clinical and educational characteristics of children with fuzzy dysarthria

The article deals with clinical and educational characteristics of children with minimal symptoms of dysarthria. Studying fuzzy dysarthria is the subject of health care, educational and linguistic disciplines. The fuzzy dysarthria is characterized by symptoms of micro-damage to the central nervous system: the lack of innervation of the speech organs - voice, articulation and respiratory departments; violation of muscle tone and articulation of mimic muscles. Focuses on the persistent violation of the phonetic and prosodic aspects of speech, are leading in the structure of the defect. Pronunciation disorders are polymorphic and are expressed in antropofonical and phonological defects. Presented tests proposed by scientists in the study of children with psychomotor fuzzy dysarthria. Symptoms of the fuzzy dysarthria are illuminated. The complex structure of speech disorders in fuzzy dysarthria requires an integrated approach to the organization and carrying out corrective measures. For the diagnosis of this disorder is necessary to pay attention to the presence of neurological symptoms. The neurological status of children with fuzzy dysarthria reveals abnormalities in the nervous system, is manifested in the form of a unilateral gemisindrom. Paretic symptoms are observed in the articulation and overall muscle, which is associated with impaired innervation of the facial, glossopharyngeal and hypoglossal nerves. The complexity of the structure of the defect with dysarthria determines the direction and content of a comprehensive corrective feedback, including medical, psychological, pedagogical aspects and speech therapy.

Keywords: minimal symptoms of dysarthria, articulation, pronunciation disorders.

Стаття надійшла до редакції 25.09.2014 року

Статтю прийнято до друку 27.09.2014 року

Рецензент: д. пед.н., проф. Шеремет М.К.

УДК: 376.

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОМУНІКАТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ МОТОРНІЙ АФАЗІЇ ВНАСЛІДОК ІНСУЛЬТУ

Зарицька А.В.

Порушення комунікативної функції мовлення трапляються в результаті локального ураження кори головного мозку внаслідок інсульту та виступають однією з основних діагностичних ознак афазії. Найскладнішою у подоланні є її моторна форма, яка проявляється у повній або частковій втраті активного мовлення при порівняно збереженому розумінні зверненого мовлення, що призводить до виникнення труднощів у спілкуванні з хворими.

Вчені-афазіологи Е.С.Бейн, М.К.Бурлакова, Т.Г.Візель та ін. першочерговим завданням корекційно-реабілітаційної роботи при різних формах афазії визначають саме відновлення комунікативної функції мовлення хворих [1, 17].

Теоретичний аналіз літератури щодо зазначеної проблеми свідчить про відсутність цілісних уявлень про порушення комунікативної функції мовлення у хворих з моторною афазією. Практично невивченими є особливості втраченої функції на ранньому етапі реабілітації після ішемічного інсульту, що значно ускладнює об'єктивну оцінку патологічного стану хворого.

З огляду на це вважаємо актуальним проведення експериментального дослідження особливостей комунікативної функції мовлення у зазначеній категорії хворих, що надасть можливість побудувати відповідну програму їх подальшої комплексної відновлювальної реабілітації.

Як зазначає Л.С.Цветкова, комунікативна функція мовлення можлива тільки в тісному взаємозв'язку та взаємовпливі усіх інших мовленнєвих функцій, а її реалізація відбувається засобами різних видів та форм мовлення.

Вчена виділяє три види мовлення, якими обумовлена реалізація комунікативної функції:

1. Усне (зовнішнє) мовлення – експресивне, тобто розмовне, мовлення та імпресивне, тобто сприйняття та розуміння мовлення.

2. Писемне мовлення – читання та письмо.

3. Внутрішнє мовлення, яким забезпечується та опосередковується усне та писемне мовлення [5, 32].

Вивчення стану зазначених мовленнєвих функцій ми проводили в ході спеціального нейропсихологічного обстеження, використовуючи методику нейропсихологічної діагностики, розроблену О.Р.Лурією (1975), та її