Консультация

для родителей детей с тяжёлыми нарушениями речи

Дети с тяжёлыми нарушениями речи в большинстве случаев имеют такое неврологическое заключение как псевдобульбарная дизартрия средней или лёгкой степени тяжести. Дизартрия подразумевает под собой нарушение звукопроизносительной стороны речи обусловленное органическим поражением центральной и периферической нервной системы.

Нарушение звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы. Это проявляется в искажении, замене и пропусках звуков, страдает темп, выразительность, модуляция, в целом произношение становится невнятным. Поражение центральной и периферической нервной системы происходит под влиянием различных неблагоприятных внешних факторов, воздействующих во внутриутробном периоде развития, в момент родов и после рождения. Среди причин важное значение имеют асфиксия и родовая травма, поражение нервной системы инфекционными заболеваниями нервной системы, черепно – мозговые травмы.

Нарушения звукопроизношения возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи. Это может быть:

- поражение двигательных нервов к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щёк, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки);
- нарушение двигательных ядер в стволе головного мозга.

Таким образом, надо понимать, что поражение перечисленных структур даёт картину периферического паралича (пареза): нервные импульсы к речевым мышцам не поступают, обменные процессы в них нарушаются, мышцы становятся вялыми, дряблыми, наблюдается их атрофия и атония. Нарушение мышечного тонуса может выражаться нарушением просодической стороны речи, т.е. в плавности, темпе, громкости, эмоциональной выразительности речи.

Особенностью дизартрии у детей является часто её смешанный характер с сочетанием различных клинических синдромов. Это связано с тем, что при воздействии вредоносного фактора на развивающийся мозг повреждение чаще имеет более распространённый характер, и тем, что поражение одних мозговых структур, необходимых для управления двигательным механизмом речи, может способствовать задержке созревания и нарушать функционирование других. В этом процессе значение имеет поражение не только собственно двигательного звена речевой системы, но и нарушении кинестетического восприятия артикуляционных поз и движений. «Управление речевыми органами никогда не наладится, если сами они не будут сообщать в управляющий центр, что ими делается, когда воспроизводится ошибочный,

не принимаемый слухом звук… кинестезии есть не что иное, как обратная связь, по которой центральное управление осведомляется, что выполнено из трёх приказов, которые посланы на исполнение. Отсутствие связи прекратило бы всякую возможность накопления опыта для управления движением речевых органов» (Жинкин).

При дизартрии чёткость кинестетических ощущений часто нарушается и ребёнок не воспринимает состояние напряжённости, или, наоборот, расслабленности мышц речевого аппарата, насильственные непроизвольные движения или неправильные артикуляционные уклады.

Из всего вышесказанного мы можем сделать вывод, что речевое нарушение носит неврологический характер, что непосредственно связано с медициной. Никому не приходит в голову заставлять ходить парализованного человека, перенёсшего инфаркт или инсульт. Врач назначает серьёзное медикоментозное лечение. В случае с речевой патологией мы имеем те же парезы и параличи только речевого аппарата, связанных с деятельностью центральной и периферической нервной системой. Детям с речевой патологией необходимо лечение у врача – невролога 3 – 4 раза в год.