

УДК 376.37

ДИАГНОСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ФАКТОРОМ РИСКА В РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА

А.Э. Рудницкая

Мозырский государственный педагогический университет
имени И.П. Шамякина (Мозырь)

Научный руководитель – Н.С. Цырулик, доцент, канд. пед. наук, доцент

Аннотация. В статье представлены особенности артикуляционной моторики детей раннего возраста с фактором риска в речевом развитии и их диагностика учителем-дефектологом.

Ключевые слова: артикуляционная моторика; ранний возраст; диагностика; профилактика.

DIAGNOSIS OF ARTICULATORY MOTOR SKILLS OF YOUNG CHILDREN WITH A RISK FACTOR IN SPEECH DEVELOPMENT IN THE ACTIVITY OF A SPEECH THERAPIST

A. Rudnitskaya

Abstract. The article presents the features of articulatory motor skills of young children with a risk factor in speech development and their diagnosis by a speech therapist.

Keywords: articulatory motor skills; early age; diagnosis; prevention.

Речь – одна из важнейших сфер в развития ребенка, и успешность ее развития во многом зависит от состояния артикуляционного аппарата. Уже в раннем возрасте у детей могут наблюдаться нарушения моторики органов речи, приводящие в последующем к таким нарушениям речи, как дизартрия и ринолалия. Ринолалия характеризуется изменением тембра голоса и нарушением звукопроизношения, вызванными анатомо-физиологическими нарушениями в строении речевого аппарата. Дизартрия же связана с недостаточной иннервацией мышц, участвующих в артикуляции, что приводит к нечеткой, смазанной речи. Развитие моторики при данных нарушениях следует начинать уже с раннего возраста.

Артикуляционная моторика у детей раннего возраста с ринолалией характеризуется ограниченной подвижностью мягкого неба (небная занавеска не поднимается достаточно высоко, чтобы образовать смычку с задней стенкой глотки во время речи и глотания, что приводит к неправильному перераспределению воздушного потока), гипертонусом и гипотонусом артикуляционных мышц (мышц языка, губ, щек), трудностями координации

движений артикуляционных органов, напряженным состоянием мимической мускулатуры (гипермимика) [1]. Для детей раннего возраста с дизартрией характерна дистония артикуляционных мышц, ограниченная подвижность и нарушение плавности движений артикуляционного аппарата, синкинезии, трудности управления мимической мускулатуры [4; 5]. Оба эти расстройства требуют ранней диагностики состояния и функций артикуляционного аппарата, и превентивной логопедической работы, включающей одно из направлений – развитие артикуляционной моторики. Раннее выявление и вовремя оказанная комплексная помощь позволяют предупредить появление тяжелых речевых нарушений, трудностей во взаимоотношениях с окружающими, в эмоционально-личностном и когнитивном развитии.

Нарушение артикуляционной моторики у детей с фактором риска ринолалии и дизартрии часто сопровождаются и другими проблемами – нарушением глотания, дыхания, жевания. Изучение медицинской литературы дает нам понять, что глотание имеет два вида: инфантильное (до года) и соматическое (после года). Если у ребенка с взрослением не поменяется вид глотания, то это может привести к неблагоприятным последствиям: включению мимических мышц в акт глотания, давлению на зубные ряды, изменению прикуса [3]. Усугубляется нарушение глотания наличием ротового или смешанного типа дыхания. У детей с ротовым дыханием могут возникнуть нарушения вентиляционной функции легких, недоразвитие грудной клетки и дыхательной мускулатуры, повышение внутричерепного давления, ослабление памяти. Длительное нарушение носового дыхания приводит к зубочелюстным аномалиям, характерному внешнему виду, который описан в литературе как синдром «аденоидного лица» [3, с. 18]. Вялое жевание, привычка жевать пищу на одной стороне и передними зубами в период активного роста челюстей может привести к серьезным миофункциональным нарушениям.

При ринолалии и дизартрии наблюдается нарушение дифференцированного дыхания разного происхождения. В первом случае – анатомический дефект, во втором – нарушение иннервации мышц артикуляционного аппарата, контроля за положением рта из-за сниженной чувствительности. Если не начать своевременную профилактическую коррекционно-развивающую работу, то могут развиваться дополнительные физиологические и неврологические осложнения. Исследования информационных ресурсов и данные научной литературы позволили нам заметить, что внимание в большей степени уделяется общей и мелкой моторике, которая, безусловно, важна в становлении речи ребенка. Артикуляционная моторика «скрыта от глаз», она не так заметна, чем движения рук и тела. Родители не всегда понимают, что слабость мышц языка, губ или щек может влиять на овладение речевыми умениями.

Для обнаружения и возможности решения проблем с моторикой артикуляционного аппарата у детей важна диагностика и ее комплексный характер. При условии раннего выявления (не позднее 4–6-месячного возраста ребенка) и организации адекватного медико-психолого-педагогического воздействия практическое выздоровление и нормализация функций могут быть достигнуты

к 3 годам [2; 4]. Комплексность диагностики заключается в обследовании ребенка специалистами разного профиля (педиатр, оториноларинголог, ортодонт, невролог, ортопед, логопед), что способствует в дальнейшем организации правильного и эффективного коррекционно-развивающего процесса.

Изучение у детей младенческого и раннего возраста артикуляционного аппарата учителем-дефектологом включает исследование строения и подвижности артикуляционного аппарата при произвольных движениях, при откусывании, жевании, глотании, сосании. Например, учитель-дефектолог выявляет, как ребенок сосет грудь, его тип глотания, как захватывает ложку, делает ли ребенок намеренные движения языком, забирает ли еду с ложки губами, очищает ли нижнюю губу зубами, совершает ли пассивные движения нижней челюстью, движения губ, языка; каково положение сомкнутых губ и положение губ при крике (не наблюдается ли перетягивания угла рта), присутствуют ли гиперкинезы, тремор языка, его отклонение в сторону. Обследование учителем-дефектологом, таким образом, осуществляется по следующим направлениям: оценка строения артикуляционного аппарата, оценка подвижности органов артикуляции, оценка координации движений, оценка дыхательной функции и мимической моторики.

Функциональные и анатомические нарушения периферических органов речи приводят к трудностям в формировании произносительных навыков, что является ведущим проявлением при ринолалии и дизартрии у детей и достаточно распространенным в иных случаях при задержке речевого развития у детей раннего возраста. Они нередко носят полиморфный характер, являются достаточно устойчивыми к воздействию, речь ребенка неразборчива, что может затруднять ее понимание собеседником. Координированная работа всех трех отделов периферического речевого аппарата – одно из важнейших условий полноценного речевого развития ребенка. Следствием симбиоза анатомических и функциональных нарушений в этих отделах могут быть миофункциональные нарушения: снижение или повышение тонуса жевательных и мимических мышц при нарушении функций зубочелюстной системы, нарушение дыхания, глотания (инфантильный тип), их координированной работы, жевания и осанки, что, в свою очередь, приводят к негативным последствиям в развитии других систем организма и функций.

Одним из средств воздействия при таких нарушениях в системе работы учителя-дефектолога (учителя-логопеда) выступает миофункциональная гимнастика – комплекс специальных упражнений для формирования и нормализации функции мышц челюстно-лицевой области в процессе коррекции деформаций зубочелюстной системы и ротовой полости (Н. Ю. Григоренко, Ю. Л. Образцов, С. А. Цыбульский и др.). Комплекс специальных упражнений способствует нормализации тонуса артикуляционных мышц, улучшению дыхания, жевательной и глотательной функций, а также формированию правильной речевой моторики, что в дальнейшем оказывает положительное влияние на развитие речи ребенка. Упражнения направлены на нормализацию тонуса, улучшение силы, подвижности, координации мышц полости рта, что влияет на качество жевания, глотания, речи. Миофункциональная гимнастика играет важную роль в коррекции

нарушений функции лицевых мышц и органов артикуляции: при чрезмерном напряжении и гипотонусе, при непропорциональности лица, скошенности подбородка, при постоянно полуоткрытом рте и отвисшей нижней челюсти, при скученности зубов или слишком больших межзубных щелях.

Таким образом, раннее изучение учителем-логопедом особенностей моторики артикуляционного аппарата у детей группы риска возникновения ринолалии, дизартрии, у детей с задержкой психомоторного развития позволяет выявить их особые функциональные возможности и потребности, создавая, тем самым, необходимые педагогические условия для полноценного развития речевой функции и коммуникативных умений у детей.

Список использованных источников

1. Ермакова, И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков / И. И. Ермакова. – М. : Просвещение, 1984. – 143 с.
2. Методические рекомендации к проведению обследования детей в условиях психолого-медико-педагогической комиссии / К. Ю. Андреева [и др.] ; под общ. ред. Н. Н. Баль. – Минск : Зорны Верасок, 2014. – 163 с.
3. Образцов, Ю. Л. Пропедевтическая ортодонтия : учеб. пособие / Ю. Л. Образцов, С. Н. Ларионов. – СПб. : СпецЛит, 2007. – 160 с.
4. Приходько, О. Г. Система ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям / О. Г. Приходько, О. В. Югова. – М. : ООО «Деловые и юридические услуги “ЛексПраксис”», 2015. – 145 с.
5. Спирина, А. В. Особенности крупной, мелкой и артикуляционной моторики у детей дошкольного возраста с дизартрией / А. В. Спирина // Вестник Курганского государственного университета. – 2018. – № 4. – С. 71–73.