Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
детский сад № 8 «Золотая рыбка»

Районное методическое объединение учителей-логопедов

Тема: «Использование современных методик запуска речи
в работе с неговорящими детьми»

Тема выступления: Анартрия у детей с проблемами в развитии опорно-двигательного аппарата

подготовила
учитель-логопед
Цымбалова А.В.

г. Приморско-Ахтарск
2022 г.

Анартрия – это наиболее тяжелая степень дизартрии, приводящая практически к полному отсутствию звуковых и голосовых реакций. Выраженность варьирует от полной неспособности произнести речевые звуки до наличия отдельных вокализаций, гласных звуков, слогов. Также у больных затруднено жевание, глотание, отсутствует мимика, выражена гиперсаливация. Церебральные поражения диагностируются при помощи томографических методов (МРТ, КТ), речевой статус уточняется в рамках логопедического обследования. Лечение комплексное: медикаментозная коррекция неврологических расстройств, нейрореабилитация, логотерапия.

Общие сведения.

Анартрия (греч. «anarthros» – неразборчивый, невнятный) – грубая иннервационная недостаточность речевого аппарата, характеризующаяся парезом или полным параличом речедвигательных мышц и утратой членораздельной речи. Согласно классификации, предложенной французским неврологом Ж. Тардье в 1968 г., анартрия соответствует дизартрии четвертой степени тяжести.

Причины анартрии

Дефект речи формируется в условиях тяжелого органического поражения головного мозга. Это поражение может быть как врожденным, так и рано/поздно приобретенным. Анартрия у детей чаще всего ассоциирована с **церебральным параличом** (ДЦП). В перинатальном анамнезе у них обычно имеются указания на внутриутробные инфекции, резус-конфликт, родовые травмы, синюю асфиксию при рождении, затянувшуюся неонатальную желтуху. Реже речевая патология связана с мышечными дистрофиями (синдром Фацио-Лонде) и другими генетическими патологиями.

- **Патогенез** (механизм зарождения и развития болезни)
- Анартрия развивается в результате двустороннего пареза или паралича речевых мышц: губ, языка, мягкого неба, глотки, гортани. Этому предшествуют очаговые поражения продолговатого мозга, Варолиева моста, мозжечка, базальных ядер, проводящих нервных путей (пирамидного, экстрапирамидного). Вследствие спастического пареза, гиперкинезов, атаксии (*беспорядок*; нарушение согласованности движений различных мышц) и апраксии (*бездеятельность;* нарушение двигательной или речевой функции) утрачивается контроль над речевыми мышцами, становится невозможной произвольная моторная реализация речи.
- Наряду с расстройствами артикуляционного праксиса нарушается работа фонаторного и дыхательного отделов речевого анализатора, поэтому вместе с произносительными трудностями возникает расстройство голосообразования и дыхания. Также страдает иннервация мимических, жевательных, глоточных мышц, что обусловливает сложный патологический симптомокомплекс при анартрии.
- **Классификация**

- В зависимости от клинических проявлений анартрии и ее тяжести различают три варианта речевой патологии. Данное деление предложено отечественным логопедом И.И. Панченко в 1979 г.:
  - Отсутствие какой-либо звуко-голосовой реакции.
  - Наличие у больного отдельных вокализаций.
  - Присутствие минимальной звуковой и слоговой активности.

Симптомы анартрии

Психическое развитие детей с тяжелым врожденным расстройством иннервации речевого аппарата значительно отстает от нормы. Практически у всех в анамнезе отсутствует лепет, первые голосовые реакции появляются в возрасте 3-4 лет и позднее. Они представляют собой отдельные гласные звуки (а, о, у) или однотипные слоговые комплексы («да», «не», «ма»). Голос глухой, прерывистый, без модуляций. При тяжелой анартрии произносительная и голосовая активность отсутствует полностью.

Особенности психической сферы при анартрии демонстрируют быструю истощаемость произвольного слухоречевого и зрительного внимания. Интеллект может быть не нарушен или снижен. Обращенную речь пациенты понимают. Из-за грубых нарушений фонематической системы школьники с трудом учатся читать, моторные трудности препятствуют овладению письмом.

Лицо пациента маскообразное, амимичное, выражена гиперсаливация. Затруднено жевание пищи твердой консистенции, при глотании возникает поперхивание. Многие дети не владеют навыками ходьбы, не могут пользоваться руками, самостоятельно переворачиваться в постели, сидеть без фиксации.

Осложнения

Следствием анартрии становится социальная изолированность, дефицит речевых контактов, депрессивные расстройства. Обездвиженные пациенты являются глубокими инвалидами, не способными к самообслуживанию. При ненадлежащем уходе у них нередко образуются пролежни, возникает застойная и аспирационная пневмония. Спастичность мышц приводит к формированию вторичных ортопедических осложнений: суставных контрактур, деформаций позвоночника, вывиха тазобедренных суставов.

Диагностика

Ведением пациентов с анартрией занимается команда специалистов: логопед-дефектолог, клинический психолог, врач-невролог, реабилитолог. Для составления полной картины расстройства и выработки плана лечебно-реабилитационных мероприятий проводится:

1. **Клинический осмотр.** В анамнезе у детей прослеживается перинатальная патология. Имеются различные нарушения двигательной сферы: парезы, параличи, нарушения мышечного тонуса, атаксия, гиперкинезы.
2. **Нейровизуализация.** Для определения этиологии речевых расстройств назначаются методы визуализации. Посредством МРТ

головного мозга, КТ-сканирования выявляются очаги церебральной ишемии, кровоизлияния, атрофические процессы, объемные образования, гематомы и т. д. С целью исключения гидроцефалии проводится эхоэнцефалография.

3. **Электрофизиологическая диагностика.** Регистрация электрической активности нейронов мозга (электроэнцефалография) и проводимости нервной ткани (электронейромиография) направлены на оценку функционального состояния и взаимодействия различных отделов нервной системы.

4. **Логопедическое обследование.** При проведении специальных проб выявляется грубое нарушение орального, артикуляционного, фонаторного, дыхательного праксиса, резкое снижение или отсутствие звуко-голосовой активности, дисфония (нарушение голосообразования, голос слабый, охриплый). Понимание обращенной речи не нарушено. Слуховое внимание неустойчиво.

Лечение анартрии

Терапия ведущего синдрома

Лечебно-реабилитационная тактика разрабатывается междисциплинарной группой специалистов (неврологами, логопедами, реабилитологами) с учетом этиологии, возраста, сопутствующих расстройств. При анартрии проводится:

- **Фармакологическая терапия.** Помогает улучшить мозговой кровоток, нормализовать мышечный тонус и проводимость нервных импульсов. Для медикаментозных курсов используют церебропротекторы, метаболические препараты, ангиопротекторы, миоспазмолитики, витамины. При выраженной спастичности применяются инъекции ботулотоксина.
- **Физиотерапия.** Назначаются озокеритовые аппликации на челюстную зону, ШВЗ. Проводится электростимуляция артикуляционных мышц и мускулатуры конечностей. Показаны повторные курсы общего массажа, лечебной физкультуры, иглорефлексотерапии. Современные, хорошо зарекомендовавшие себя реабилитационные технологии для детей с ДЦП включают занятия в вертикализаторе, костюме «Адели», Бобат-терапию, ортезирование, иппотерапию.
- **Психотерапия.** У больных с отсутствием речи крайне важно сформировать мотивационную готовность к коррекционной работе, выработать эмоциональную заинтересованности в восстановлении речи. Для этого используются методы рациональной психотерапии, игротерапии. Проводится нейропсихологическая коррекция.

Логопедическая коррекция

Естественно, что лечение детей с дизартрией возможно только при применении комплексного метода, в котором сочетаются разные виды терапевтического воздействия.

Самыми важными из них являются:

- Лекарственные средства, влияющие на деятельность головного мозга и направленные на уменьшение степени выраженности симптомов органического поражения ЦНС;
- Физиотерапия, массаж, лечебная физкультура, иглотерапия для нормализации тонуса мышц и увеличения объема движения конечностей, а также органов артикуляции;
- общее поддерживающее и закаливающее лечение для укрепления организма в целом;
- лечение сопутствующих заболеваний;
- логопедическая работа по развитию и исправлению речи.

Во всех видах лечения ребенка – дизартрика чрезвычайно большая роль принадлежит родителям (аккуратность и точность выполнения рекомендаций специалистов). Прежде всего, это относится к логопедическим занятиям.

В основном логопедическое воздействие при дизартрии направлено на разработку органов артикуляции. Оно включает:

- массаж органов артикуляции (логопедический массаж);
- артикуляционную гимнастику;
- исправление произношения звуков речи;
- исправление речевого дыхания и голоса;
- работу над выразительностью речи.

Применяются два основных вида массажа: активизирующий (при вялости артикуляционных мышц) и расслабляющий (показан для мышц с повышенным тонусом). Выбор того или другого требует предварительной дифференциальной диагностики состояния мышц органов речи.

Первоочередными задачами логотерапии являются нормализации речевой моторики и орального праксиса, формирование фонематических дифференцировок, лексико-грамматических категорий. При трудностях глотания логопед также подбирает оптимальную консистенцию и объем пищи, обучает родственников безопасной технике кормления пациента. В структуру занятий при анартрии обязательно включают:

- пассивную и активную артикуляционную гимнастику;
- дифференцированный логопедический массаж лицевой и язычной мускулатуры (ручной, вибрационный, зондовый);
- дыхательную гимнастику;
- ортофонические упражнения (соединение артикуляционных, дыхательных и голосовых упражнений);

- элементы фонетической и логопедической ритмики;
- кинезиотейпирование артикуляционной мускулатуры;
- сенсорную стимуляцию;
- приемы тренировки слухового внимания.

Как правило, максимальный результат, которого удается добиться у данного контингента больных, – это формирование произвольных мимических, жестовых, голосовых реакций, возможности произнесения отдельных слогов и слов. Иногда пациенты научаются читать и общаться с помощью разрезной азбуки.

Прогноз

Эффективность восстановительной работы при анартрии зависит от сроков начала реабилитации, регулярности терапии, причин речевого расстройства, возраста больного, мотивационной готовности. Некоторую положительную динамику демонстрируют дети, больные ДЦП. При систематическом проведении коррекционно-логопедической работы у них увеличивается голосовая и звуковая активность, появляются произвольные вербальные реакции. Вместе с тем, произносительные возможности остаются на лепетном уровне, а без постоянных логопедических занятий навыки быстро утрачиваются. При прогрессирующей нейродегенерации (гибель нервных клеток и атрофия соответствующих отделов головного или спинного мозга) прогноз на восстановление речи неутешительный.

Профилактика

Так как врожденная анартрия тесно связана с внутриутробными патологиями и травмами, ее профилактикой является перинатальная охрана здоровья плода и новорожденного. Женщинам рекомендуется ранняя постановка на учет по беременности, соблюдение рекомендаций акушера-гинеколога, прохождение необходимых скринингов. Во избежание родовых травм младенца необходимо заблаговременно решить вопрос о способе родоразрешения.